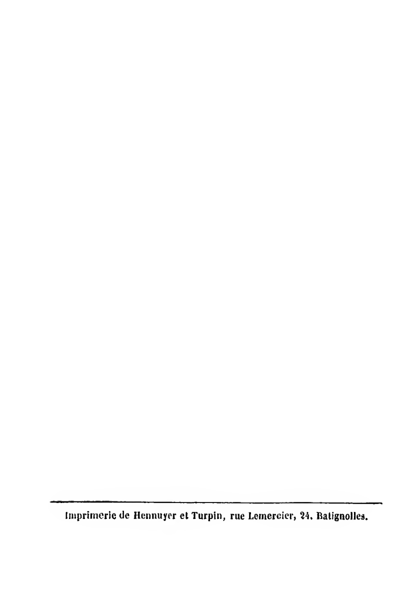
BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.



Imprimerie de Hennuyer et Turpin, rue Lemercier, 24. Batignolles.

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

Recueil Pratique

PUBLIÉ

PAR J.-E.-M. MIQUEL, D. M.,

CHEVALIER DE LA LÉGION-D'HONNEUR, ANCIEN CHEF DE CLINIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS A L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ, MÉDECIN DES DISPENSAIRES, MEMBRE DE LA COMMISSION DE SALUBRITÉ ; RÉDACTEUR EN CHEF.

TOME VINGT-CINQUIÈME.



PARIS.

CHEZ LE RÉDACTEUR EN CHEF, ÉDITEUR,

RUE SAINTE-ANNE, N° 25.

1843

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

RECHERCHES CLINIQUES SUR LE TRAITEMENT DU RHUMATISME PAR QUELQUES REMÈDES NOUVEAUX (*Huile de foie de morue, iodure de potassium, nitrate de potasse*).

Parmi les nombreuses maladies qui peuvent affliger l'espèce humaine, il en est quelques-unes qui ont le privilége d'offrir un champ perpétuel aux investigations de l'esprit médical, précisément en raison de leur essence réfractaire aux tentatives de l'art. Parmi ces maladies, les unes appartiennent à la désespérante catégorie des affections chroniques, telles sont le cancer, le tubercule, la goutte, l'épilepsie, etc.; les autres appartiennent à la classe des affections aiguës, mais elles paraissent parcourir inévitablement leurs périodes prédestinées, en dépit des moyens qu'on s'efforce de leur opposer, telles sont l'entérite folliculeuse (f. typh.) et le rhumatisme articulaire. A l'égard de ces maladies rebelles, il semble que l'expérience du jour soit perdue pour le lendemain; les déceptions sans cesse renaissantes paraissent activer au lieu de l'éteindre cette ardeur d'investigation qui pousse incessamment la curiosité à la recherche de l'inconnu. C'est que, de tous les instincts de l'animalité, celui de conservation est le plus vivace, et que l'homme ne redoute rien tant que la mort et la douleur. Aussi, quand il s'agit de remèdes, a-t-on moins à craindre l'indifférence en fait de progrès réel, que l'excès de crédulité en fait de découvertes illusoires. A cet égard, les médecins de tous les temps peuvent être divisés en deux sectes : l'une qui poursuit et accepte ingénument tout ce qui paraît être une acquisition thérapeutique, l'autre qui s'efforce de ramener les esprits au triste sentiment de la réa-

lité, qui nous promène d'erreur en erreur. Les praticiens sont tous ou crédules ou sceptiques ; les premiers, arguant de ce que la chose *n'est pas impossible*, les autres ne voulant accepter que ce qui est péremptoirement *démontré*. Ces derniers sont en petit nombre, par la raison que les esprits droits et sévères constituent la minorité, et pour d'autres raisons encore. Quoi qu'il en soit, la rareté des véritables conquêtes thérapeutiques n'impliquant pas leur impossibilité, il est du devoir de tout praticien, quelles que puissent être ses préventions, de passer au creuset de l'expérimentation les procédés curatifs que le mouvement scientifique met en saillie. Telle est donc la loi que je me suis imposée dans les conditions favorables où je me trouve placé pour expérimenter. En racontant ce que j'ai fait, ce que j'ai vu, je ne prétends nullement effacer ce que d'autres ont fait et vu sur le même objet. Je ne suis qu'un témoin de plus dans le grand procès où sont appelés à déposer tous ceux qui sont en position de voir et de faire.

Sur plus de trois mille malades traités à la clinique de la Faculté de Strasbourg, depuis sept ans, nous avons recueilli plus de deux cents observations de rhumatisme, la plupart légers ou chroniques, soixante d'entre eux environ offrant les caractères bien dessinés du rhumatisme articulaire aigu. Dans le traitement de ces maladies, nous avons eu occasion d'employer, soit en raison des indications, soit à titre d'expérimentation empirique, la plupart des moyens indiqués dans cette affection. Ainsi, nous avons pu apprécier les effets des saignées générales et locales, des émollients, des sudorifiques (chaleur, tilleul, sureau, poudre de Dower, acétate d'ammoniaque), du tartre stibié à haute dose, des purgatifs divers, du calomel, du vin de colchique (à dose altérante et purgative), de la digitale, de l'opium, de la morphine, des extraits d'aconit et de jusquiame, du soufre doré d'antimoine, des onctions mercurielles, des emplâtres de Vigo, de ciguë, des frictions calmantes, excitantes, de la pommade stibiée, des vésicatoires, de la compression, de la position déclive, des bains tièdes, de vapeur, salins, alcalins, sulfureux, de l'eau froide, *intùs* et *exteriùs*, etc., etc. Il est trois agents dont nous avons fait réserve : ce sont ceux qu'on a le plus vantés récemment, et dont nous allons traiter en particulier. Ce sont : l'*huile de foie de morue,* l'*iodure de potassium* et le *nitrate potassique.* Quant au *sulfate de quinine*, dont les exploits retentissent encore, nous ne l'avons pas expérimenté, parce que, en fait de remèdes irrationnels et dangereux, nous laissons l'initiative à de plus osés, et que les funestes résultats qu'il a produits sont venus à temps confirmer nos tristes prévisions.

I. *De l'huile de foie de morue.*

Depuis quelques années, ce médicament a donné lieu à de nombreux travaux, d'où résulterait qu'il est surtout efficace dans les affections scrofuleuses et dans le rhumatisme chronique. Quant aux scrofules, je me bornerai à dire, en passant, que d'après mes propres observations et celles dont j'ai eu connaissance, l'huile de foie de morue ne procure de résultats favorables que dans des cas très-exceptionnels, et avec un concours de circonstances tel, que son efficacité devient assez litigieuse. Néanmoins, ce remède est bon à conserver comme ressource ultime. Quant au rhumatisme chronique, je puis affirmer, sur une expérience assez étendue, que l'huile de foie de morue est restée complétement inerte entre mes mains. Et d'abord, j'ai failli maintes fois me faire congédier, pour seulement avoir proposé cet abominable remède à des personnes tant soit peu délicates. Secondement, les malades assez résolus pour l'accepter finissent très-souvent, quoi qu'on en ait dit, par éprouver un dégoût invincible qui empêche d'en continuer l'emploi, quelque forme qu'on lui donne; ou bien il produit certains accidents digestifs qui obligent à le suspendre. Je ne vois guère que les capsules gélatineuses qui puissent sauver quelques-uns de ces inconvénients. En troisième lieu, sur dix malades affectés de rhumatisme chronique qui ont eu la constance d'en continuer l'emploi pendant un ou plusieurs mois, pas un n'en a éprouvé d'effets manifestement favorables, ou la maladie s'est amendée comme elle l'eût fait par toute autre médication. L'observation suivante est un type de la manière dont les choses se passent ordinairement.

Obs. I. — Un jeune homme de dix-neuf ans, tailleur, de constitution un peu grêle et lymphatique, entre à la clinique le 18 octobre 1842. Il est atteint depuis six mois d'un rhumatisme articulaire peu intense, qui a d'abord affecté les articulations tibio-tarsiennes, puis s'est étendu aux autres, et jusqu'aux articulations vertébrales. Aujourd'hui les mouvements des régions cervicale et lombaire sont difficiles et douloureux. L'articulation tibio-tarsienne droite est aussi douloureuse, légèrement gonflée et rosée; les articulations des doigts sont mobiles, mais sensiblement noueuses. L'articulation sterno-claviculaire gauche offre aussi du gonflement et de la douleur à la pression. Point de fièvre. Tous les autres appareils sont à l'état normal. Nous commençons immédiatement l'emploi de l'huile brune de foie de morue, à la dose de trois cuillerées par jour. Elle est supportée sans trop de répugnance. L'amélioration tardant à se produire, nous adjoignons les frictions de la même huile; puis les bains de vapeur, le soufre doré d'antimoine, l'extrait d'aconit, les ventouses scarifiées, etc.

Au bout d'un mois, même état, sauf moins de gonflement et de rougeur dans l'articulation tibio-tarsienne. L'huile, portée à six cuillerées par jour, est toujours bien supportée. Liniment ammoniacal, vésicatoires volants, bains, etc.

Après deux mois, toujours raideur et douleur dans la région cervicale, articulation tibio-tarsienne toujours sensiblement gonflée et douloureuse, ainsi que l'articulation sterno-claviculaire; mais il existe en somme un peu d'amélioration. Six cuillerées d'huile de foie de morue.

Le 2 janvier, mouvement fébrile, épistaxis, toux légère. Rien à l'auscultation. On suspend l'huile de morue; ces petits accidents calmés, on la reprend le 7. Le 20 janvier, trois mois après l'entrée, raideur moindre de la nuque, gonflement peu sensible des articulations du pied et de la clavicule. Bains de vapeur, chiendent nitré, laxatifs, etc., en même temps que l'on continue l'huile de morue.

Enfin, le 14 février, après *quatre mois* d'administration de l'huile de foie de morue, le malade se décide à sortir, conservant, dit la feuille d'observation, de l'endolorissement et du gonflement dans les parties sus-désignées.

On jugera si, dans le cas suivant, l'huile de morue a été pour quelque chose dans la guérison.

Obs. II. — Femme de quarante-quatre ans, lymphatique, non réglée depuis deux ans. Rhumatisme articulaire depuis six mois. Entrée le 4 décembre 1840. Poignet et genoux pris, surtout le genou gauche.

16 décembre, huile de foie de morue, deux cuillerées, puis quatre et six cuillerées; continuée pendant *deux mois*, sans effet sensible. Pendant une année on essaye quantité d'autres remèdes sans plus de succès. Puis on reprend l'huile de morue; cette fois elle n'est pas supportée et cause de l'anorexie et des nausées. On la suspend, renonçant alors à tout traitement actif, et après trois mois de cette inaction, la malade se trouve complétement guérie.

Ces observations n'ont pas besoin de commentaires; je n'ai jamais vu les choses se passer plus favorablement à l'endroit de l'huile de foie de morue; j'en conclus que, sans rejeter absolument ce remède, on ne doit l'employer dans les rhumatismes chroniques que lorsque tous les autres ont fait faux bond.

II. *De l'iodure de potassium.*

Quoiqu'ayant plus de confiance dans ce médicament, qui, plus actif, plus rationnel en apparence, n'a pas les inconvénients de l'huile de foie de morue, je suis forcé de convenir n'en avoir jamais obtenu de résul-

tats bien satisfaisants dans le traitement du rhumatisme articulaire chronique, pour lequel on l'a préconisé, comme pour la syphilis invétérée, avec cette différence que, dans celle-ci, son efficacité est incontestable. Parmi les cas assez nombreux où je l'ai mis en usage depuis deux ans, en voici quelques-uns qui résument les effets de l'iodure de potassium dans le rhumatisme chronique.

Obs. III. — Le hasard a fait que le sujet de notre observation première, espérant encore du soulagement à ses maux, a pris le parti de rentrer à la clinique quinze jours après sa sortie, dans l'état où nous l'avons laissé. Cette fois, nous essayons l'iodure de potassium.

Prenez :	Eau distillée de tilleul. . . .	90 grammes.
	Iodure de potassium.	1 gramme.
	Sirop de sucre.	15 grammes.

A prendre en trois fois dans la journée.

Le 5e jour, nous portons l'iodure à 1 gramme 50 centigrammes; le 10e jour, à 2 grammes; le 15e jour, à 3 grammes. Le malade dit éprouver un peu de soulagement. Deux jours après il ressent de la chaleur, de la céphalalgie; puis survient une éruption papuleuse de la face, signalée comme un des effets de ce remède. Le 20e jour, 4 grammes d'iodure. Enfin, le 3e jour de ce nouveau traitement, le malade, toujours souffrant du rachis, du pied et de la clavicule, où persiste un peu de gonflement, prend le parti de sortir de nouveau, n'espérant plus de guérison radicale.

Ce fait vient à point pour signaler l'inefficacité parallèle de l'iodure de potassium et de l'huile de foie de morue, le premier restant sans effet après un mois d'administration et alors qu'il produit ses effets physiologiques. Comparez ce résultat avec le soulagement prompt que le même remède procure ordinairement dans la syphilis constitutionnelle, et vous verrez quelle différence dans l'un et dans l'autre cas.

Obs. IV. — Un homme de 41 ans, de bonne constitution, entre à la clinique le 25 février 1843. Il y a dix-huit mois qu'il fut pris d'un rhumatisme articulaire aigu généralisé, lequel s'est établi à l'état chronique. Les genoux, les orteils, les doigts sont un peu déformés, raides, légèrement douloureux à mouvoir, sans rougeur, sans fièvre. Les autres organes sont à l'état sain. Potion avec iodure de potassium 1 gr.; les jours suivants, même état. Le 1er mars, iodure, 2 gr.; le 10, 3 gr.; continuer jusqu'au 30 mars (trente-trois jours du remède) : alors la marche est toujours pénible, quoique peu douloureuse, les genoux sont raides, on y perçoit des craquements; les orteils et les doigts sont toujours noueux, le malade sort soulagé, mais non guéri, l'amélioration pou-

vant être attribuée aussi bien au repos et au régime qu'au médicament lui-même.

Nous pourrions relater plusieurs autres faits où l'emploi de l'iodure de potassium fut suivi, après un long temps, d'une amélioration plus ou moins considérable; mais où son influence est contestable, vu que beaucoup de malades, placés dans des conditions analogues, ont été tout aussi promptement, ou plutôt aussi lentement soulagés sous l'influence de traitements très-divers, et même de la simple expectation.

La troisième observation nous a offert l'exemple de l'inefficacité de l'iodure de potassium après l'huile de foie de morue. La suivante va nous montrer l'impuissance du même remède après l'emploi sans succès du nitre à haute dose.

Obs. V.— Un homme de 50 ans, d'assez faible constitution, colporteur, entre à la clinique le 18 novembre 1842; il est affecté de rhumatisme articulaire sub-aigu depuis trois semaines. Les deux poignets, le coude droit, les genoux, les articulations tibio-tarsiennes, présentent un gonflement assez prononcé, sans beaucoup de rougeur ni de douleur. Pouls à 96, peu développé, peu résistant; bruits du cœur normaux, langue blanchâtre, constipation de trois jours, insomnie. Saignée de 350 grammes, chiendent nitré, extrait d'opium, 5 centigr. Le soir, diète; les jours suivants, état stationnaire. Nous portons successivement le nitre en solution dans la tisane à 4, 8, 16, 25, 30, 40 et 45 grammes dans l'espace de quelques jours, sans notable augmentation des urines, sans accidents du côté de l'appareil digestif, mais aussi sans amendement notable.

Cependant, le 1er décembre (12e jour), le malade dit se trouver un peu mieux. Le 18 (30e jour), le nitre étant continué, nous notons un peu d'amélioration : persistance d'un léger gonflement avec douleur dans les coudes, les poignets et les genoux. Le malade marche, mais péniblement. Nous passons à l'iodure de potassium, que nous portons en quelques jours de 50 centigr. à 3 gramm. Le 4 janvier, même état, plus un peu d'œdème des jambes le soir. Le 23, après trente-cinq jours de traitement par l'iodure, le gonflement n'existe plus, mais le malade marche difficilement, accusant de la douleur dans les grandes articulations. Jugeant l'action du remède usée, nous passons à d'autres médicaments; bref, le malade sort le 13 février, trois mois après l'entrée, conservant toujours un peu de douleur articulaire. N'est-il pas naturel de se demander si le malade, soumis simplement au repos, au régime, aux légers calmants, n'aurait pas guéri tout aussi bien, dans le même espace de temps?

Néanmoins, ces faits, constatant seulement la lenteur d'action plutôt

que l'inefficacité absolue de l'iodure de potassium, plusieurs cas de succès par ce remède ayant été produits par des praticiens dignes de foi, rien ne s'oppose à ce que l'iodure de potassium soit réservé à titre de ressource, en cas d'insuffisance des autres moyens usités contre le rhumatisme chronique. Mais il était bon que l'on sût ce qu'on doit en attendre dans la plupart des cas.

Ce fait nous conduit, comme par transition, à l'examen d'un autre moyen récemment préconisé, le nitrate de potasse à haute dose. On vient de voir que dans le cas précédent son efficacité ne s'est pas révélée d'une manière patente, voyons si nous serons plus heureux dans d'autres cas.

III. *Du nitrate de potasse à haute dose.*

Ce médicament, déjà recommandé par assez bon nombre d'observateurs anciens, a été remis en honneur, dans ces derniers temps, par quelques praticiens, et entre autres par M. Martin-Solon, qui cependant n'ont pas réussi à lui donner encore l'éclat dévolu à bien des remèdes qui ne le valent pas. D'assez nombreuses observations, en effet, paraissent en avoir constaté l'efficacité, dans des cas encore assez mal déterminés, il est vrai. Or, nous l'avons expérimenté avec quelque soin, d'abord parce qu'il est innocent en lui-même, ainsi qu'on l'a déjà vu ci-dessus, et ensuite parce qu'il comporte en sa faveur certaines présomptions rationnelles, son action sédative étant généralement admise.

Comme tout médicament, le nitre comporte des indications et des contre-indications, et réclame pour réussir des conditions en rapport avec son mode et sa puissance d'action. Comme tous les médicaments aussi le nitre échoue, même dans les cas où il paraît le mieux indiqué. Ces principes, trop oubliés de nos jours, ressortiront des observations qui vont suivre. Déjà nous l'avons vu échouer dans un cas de rhumatisme sub-aigu tendant à la chronicité. C'est qu'en effet nous avons constaté que dans le rhumatisme chronique il demeure le plus souvent sans aucun effet. Nous ajouterons que, dût-il réussir dans ces cas, il resterait toujours, comme pour les remèdes précédents, quelques doutes sur son efficacité réelle, car il est une période où le rhumatisme s'épuise en quelque sorte spontanément. Mais avant de passer outre, éliminons une forme du rhumatisme dont la nature n'est pas même très-bien déterminée, c'est le rhumatisme dit musculaire : dans ces douleurs occupant les parties charnues, sans réaction fébrile, nous avons toujours vu le nitre échouer, ou du moins la maladie se comporter de manière à rendre très-douteux l'effet du remède. Le fait suivant est un exemple où se résument les cas analogues.

Obs. VI. Une femme de quarante ans, affectée de douleurs musculaires des bras et des jambes depuis quinze jours, sans fièvre, entre à la clinique le 11 janvier 1843. Saignée de 300 grammes.

Le 12, potion nitrée. Prenez :	Infus. de sureau. . .	120	gramm.
	Nitrate de potasse. .	8	—
	Sirop blanc.	15	—

Le 14, même état : nitre, 12 gram. — Le 17, même état : nitre, 16 gram. — Le 18, point d'amélioration ; nous suspendons le nitre, après sept jours d'administration, pour passer au sirop de morphine, puis au vin de colchique : de 8 à 15 gram. pendant trois jours. Il survient de la diarrhée; les douleurs sont enlevées, mais apparaît un ictère, qui cède en quelques jours aux émollients. La malade sort guérie de ses douleurs et de son ictère le 16 février, 36 jours après l'entrée. Ici le nitre est resté impuissant, ainsi que la morphine. Le vin de colchique produit la diarrhée, enlève les douleurs, mais occasionne un ictère.

Eh bien ! nous n'avons pas été plus heureux dans d'autres cas de rhumatismes musculaires, lumbagos, pleurodynies, etc.

Nous restreignant donc à l'étude du rhumatisme articulaire, nous avons vu que, dans les cas de chronicité, l'action du nitre est nulle ou au moins fort peu appréciable : eh bien ! cette action est nulle également dans la plupart des cas offrant la forme opposée, c'est-à-dire dans le rhumatisme articulaire très-aigu, généralisé, fébrile, chez les sujets vigoureux. Du moins l'avons-nous vu échouer dans plusieurs cas de ce genre. Dans ces circonstances, il convient de débuter par les saignées générales et locales répétées, et, si le mal résiste, d'en venir à l'emploi du nitre, qui peut alors procurer de très-bons résultats.

Obs. VII. Il existe actuellement dans nos salles un jeune homme de vingt-deux ans, de bonne constitution, tempérament sanguin, qui, affecté de rhumatisme articulaire aigu, généralisé, fortement fébrile, depuis quatre jours, a été saigné cinq fois en trois jours, sans autre effet que d'abattre les forces et de diminuer la résistance du pouls. Le nitre administré immédiatement après, à haute dose (de 15 à 30 grammes), a procuré la cessation des douleurs et du mouvement fébrile dans l'espace de trois jours. Cependant les membres sont restés un peu raides et douloureux dans la marche pendant assez longtemps.

Néanmoins, même avec les saignées préalables, le nitre ne réussit pas toujours, comme le prouve l'observation suivante.

Obs. VIII. Une fille de vingt ans, de constitution forte, tempérament sanguin lymphatique, entre à la clinique le 23 septembre 1842. Depuis trois jours, fièvre vive, céphalalgie intense, jambes tuméfiées

depuis les orteils jusqu'aux genoux, comme par un œdème actif. Bouche saburrale, constipation, menstruation actuelle, émollients.

Le lendemain, les règles ont cessé. Pouls large et fréquent, peau sudorale, les chevilles et les genoux sont très-tuméfiés et douloureux. Deux saignées de 450 grammes chacune, émollients.

26, douleur et tuméfaction propagées aux poignets, fièvre moins vive. 20 sangsues au genou droit, qui est le plus douloureux, cataplasmes laudanisés, chiendent nitré.

27, genoux soulagés, poignets et cou-de-pieds entrepris, pouls à 108. Saignée de 300 grammes, 20 sangsues au poignet gauche, potion avec sirop diacode, 30 grammes.

29, même état, sueurs abondantes. Potion nitrée à 8 grammes.

Le 30, nitre, 12 gram. — Le 2 octobre, nitre, 16 gram. — Le 3, 20 gram.

Le 4 octobre, pouls fréquent, céphalalgie, insomnie, diaphorèses légères, urines assez abondantes, foncées en couleur, douleurs articulaires persistantes. Nous suspendons le nitre après cinq jours d'application inutile. Nous revenons aux sangsues, aux opiacés, aux laxatifs. La malade paraît convalescente le 24 octobre, un mois après l'entrée, sauf beaucoup de faiblesse; mais les jours précédents, quelques douleurs se réveillent, et la convalescence traîne en longueur.

Ici les saignées répétées et le nitre à haute dose demeurent impuissants, la maladie paraît suivre son cours, malgré les remèdes. On nous reprochera sans doute de n'avoir employé le nitre que pendant cinq jours: c'est que nous avons constaté que ce temps suffit pour que ce remède manifeste son influence, et que lorsqu'il n'agit pas dans cet espace de temps, c'est en vain, le plus souvent, qu'on persiste dans son emploi.

Restent donc les cas de rhumatisme articulaire aigu, mais de moyenne intensité, ou sévissant chez des sujets lymphatiques, de constitution peu vigoureuse, irritable, peu favorablement disposés pour supporter les évacuations sanguines; et encore, même dans ces cas, trouvera-t-on assez souvent des mécomptes, comme dans le cas suivant.

Obs. IX. Un homme de 35 ans, de constitution lymphatique, entre à la clinique le 3 juin 1842. Son mal débuta, il y a huit jours, par des douleurs aux lombes, lesquelles se sont successivement étendues aux articulations des membres supérieurs et inférieurs. Ces douleurs, exaspérées par les mouvements, paraissent siéger dans les muscles; les articulations, jusqu'à présent, ne sont ni rouges, ni gonflées; pouls fréquent, développé; anorexie, soif, constipation. Dans les quatre premiers jours, nous appliquons deux saignées générales, deux saignées locales, un purgatif, etc. Cependant la tuméfaction, la rougeur et la douleur se manifestent aux deux poignets. Pouls à 112.

Le 7, nous prescrivons :	Eau de pariétaire	120	grammes.
	Eau de cerises noires. . .	30	—
	Nitrate de potasse	30	—
	Oximel simple	30	—

Le 8, un peu de soulagement. Pouls à 108. Même potion.

Le 9, poignet droit très-gonflé et douloureux, sueurs, éruption miliaire très-étendue. — Le 10, l'épaule et le coude droits, le poignet et les doigts de la main gauche, sont très-douloureux et tuméfiés; pouls à 104; transpiration abondante; urines non augmentées. Même potion.

Les 11, 12, 13, même état. On porte le nitre à 45 grammes. Les jours suivants, même état de douleur et d'excitation, transpiration continue, langue chargée, soif, pouls à 100.

Le 20 (treizième jour de l'administration du nitre), délire, agitation, articulations toujours douloureuses. On suspend la potion nitrée pour y substituer un julep avec sirop d'opium, 15 grammes, cataplasmes laudanisés, etc. Dès lors l'amélioration se prononce; convalescence le 1er juillet. Le malade sort le 11. Mais quelques jours après, récidive modérée; le sujet rentre à l'hôpital le 15 août, y subit divers traitements, et n'en ressort que le 4 octobre.

Ici, le nitre administré à très-haute dose pendant treize jours, dans un cas favorable, en apparence, n'a procuré aucune amélioration, tandis que les opiacés ont promptement soulagé le malade. Il est vrai qu'il y a eu récidive, mais cet accident est commun à tous les traitements, sans exception.

Donc, même alors qu'on réussit à calmer les douleurs et à modérer la fièvre en un temps assez court, il arrive souvent que le malade éprouve des rechutes qui, en définitive, prolongent la maladie aussi longtemps peut-être qu'elle eût duré par toute autre médication que par le nitre; mais c'est toujours un immense avantage que de débarrasser le patient de ces deux graves éléments, fièvre et douleur. Les cas suivants rentrent dans cette catégorie.

Obs. X. — Une femme de vingt et un ans, d'assez faible constitution, entre le 27 janvier 1843, affectée depuis dix jours de gonflement douloureux dans les poignets et les genoux. Pouls large et souple, à 90; peau moite, soif, anorexie, constipation : tisane de chiendent avec nitrate de potasse, 10 grammes.

28, même état, pouls à 80; nitre, 15 grammes.

29, même état; nitre, 20 grammes; urines peu abondantes.

1er février, amélioration marquée; nitre, 25 grammes. Les douleurs reparaissent, mais peu intenses, les jours suivants ; nitre, 30 grammes.

Le 4, coliques, diarrhée, urines assez abondantes. On suspend le nitre, les douleurs ont cessé. La malade sort le 6, ne conservant, dit-elle, qu'un peu de raideur dans les membres.

Mais voilà qu'elle rentre dix-sept jours après (le 23), se plaignant d'assez vives douleurs articulaires : tisane avec nitre, 20 grammes; soulagement prompt. La malade sort le 6 mars.

Obs. XI. — Une jeune femme, actuellement dans mes salles, lymphatique, nerveuse, est entrée avec un rhumatisme articulaire très-aigu datant de cinq jours. Le nitre, à la dose de 15 à 30 gram., a réprimé, dans l'espace de quatre jours, cette vive réaction, de manière à ne laisser aucun doute sur l'efficacité du remède; mais depuis, de légères recrudescences successives ont prolongé la maladie, de sorte qu'après cinq semaines la malade n'est pas complétement guérie.

Lorsque ces récidives se déclarent, le nitre administré de nouveau peut rester sans effet ou procurer un nouvel amendement des symptômes, ainsi qu'il arriva dans le cas suivant.

Obs. XII. — Un homme de trente-sept ans, fortement constitué, entre à la clinique le 17 mars 1843, affecté depuis quatre jours de douleurs vives dans l'épaule, la jambe gauche, et le poignet droit qui seul est tuméfié et légèrement rouge. Pouls à 100, large, résistant, peau chaude, diaphorèse, sudamina, soif, anorexie, constipation : potion nitrée à 15 grammes; lavement purgatif, chiendent.

Le 18, même état, pouls à 92, sueurs et urines abondantes.

Les 19 et 20, nitre à 20 et 25 grammes.

Le 21, soulagement marqué, pouls à 72, point de diaphorèse ni d'urines abondantes : nitre à 30 grammes.

Le 23, le malade paraît convalescent; on supprime le nitre le 26. Cependant la douleur des épaules et des jambes renaît assez vive les jours suivants. Bain, ventouses, opium, laxatif, sans soulagement.

Le 1er avril, nous revenons au nitre, 30 grammes dans la tisane; les douleurs s'apaisent graduellement; le malade peut sortir le 13. Y a-t-il eu là simple coïncidence entre la reprise du nitre et la diminution des douleurs? c'est possible.

D'autres fois les symptômes primitifs sont calmés par le nitre, sans récidive, mais il reste un malaise, une raideur dans les membres, qui prolongent indéfiniment la convalescence; mais comme ces longues convalescences sont fréquentes aussi par toutes les autres méthodes, cette circonstance n'altère pas la valeur du remède.

Obs. XIII. — Un homme de cinquante ans, de faible constitution, affecté précédemment de rhumatismes, entre le 12 février 1843; il éprouve depuis trois semaines de vives douleurs dans les pieds, les

genoux et les coudes, dont le gauche est seul rouge et tuméfié; point de fièvre. Tisane de chiendent avec nitrate de potasse, 20 grammes.

Les 13 et 14, nitre à 25 et 30 grammes. L'amélioration est prononcée le 17; on continue le nitre, la convalescence se rétablit, mais il reste dans les articulations une certaine raideur douloureuse qui retient le malade à l'hôpital pendant deux mois. Ici, néanmoins, le nitre s'est montré efficace dans un rhumatisme de trois semaines, sans réaction, chose rare. L'amélioration fut trop prompte pour permettre de penser qu'elle ait été spontanée.

Bref, il n'est pas très-commun de voir le nitre à haute dose procurer des résultats, nous ne disons pas aussi prompts, mais aussi francs et solides que dans le cas suivant :

Obs. XIV. — Un homme de trente-deux ans, de forte constitution, ayant eu, il y a deux ans, une forte attaque de rhumatisme qui a duré deux mois, entre à la clinique le 22 décembre 1842 : depuis quelques jours, douleurs articulaires généralisées; le poignet droit seul est rouge et tuméfié, pouls large, dur, à 88, peau chaude, sudorale, soif, constipation. Potion nitrée à 10 grammes.

23, point de soulagement; pouls à 92; nitre, 16 grammes.

24, un peu de mieux ; pouls à 88, peau sudorale, urines abondantes. Nitre, 20 grammes.

25 et 26, amélioration croissante, pouls à 72.

Convalescence le 27, cinquième jour de l'entrée et de l'administration du nitre, lequel est continué. Le malade sort guéri le 31 décembre, neuvième jour de l'entrée, quinzième environ de la maladie.

Avant de poser nos conclusions, nous avons besoin d'établir un fait important en appréciation thérapeutique : c'est que rien n'est plus variable que la durée du rhumatisme, rien de plus imprévu que l'instant de la terminaison. En vain on a voulu établir des moyennes de tant de jours, de tant de semaines, cela ne peut rien faire préjuger pour la majorité des cas. Nous avons vu des rhumatismes aigus céder en quelques jours à des remèdes insignifiants, et des rhumatismes bénins résister opiniâtrément à tous les moyens ; de sorte que l'évaluation des remèdes est un fait de conviction plutôt qu'un fait démontrable, ce qui donne libre carrière à l'erreur et au mensonge; aussi le rhumatisme est-il une des maladies les plus exploitées par les drogueurs et par les charlatans. Ceci posé, voici nos impressions :

1° L'huile de foie de morue est un remède inerte, ou peu s'en faut.

2° L'iodure de potassium a une efficacité si rare et si lente que sa valeur nous paraît assez douteuse.

3° Le nitrate de potasse à haute dose est un médicament qui jouit d'une efficacité réelle *dans certains cas* de rhumatisme.

4° Le nitre peut être administré à la dose de 8 à 45 grammes dans une potion ou dans une tisane. Il est rare qu'il détermine des accidents (*Obs.* IX et X). On fera bien de l'arrêter à 20 ou 30 grammes.

5° Le nitre est généralement impuissant : 1° dans le rhumatisme musculaire, 2° dans le rhumatisme articulaire chronique, 3° dans le rhumatisme articulaire très-aigu, lequel réclame la saignée préalable ; il convient dans le rhumatisme récent, de moyenne intensité, chez les sujets peu robustes, lymphatiques, nerveux, etc.

6° Malgré son efficacité, le nitre est sujet à tous les inconvénients des autres médications (récidives, convalescences longues, etc).

7° Le nitre est un précieux complément de la saignée, lorsque celle-ci reste inefficace ou n'est plus applicable, et il la supplée avantageusement dans les cas où elle est contre-indiquée, ou même dans ceux qui ne la réclament pas impérieusement.

8° Sans faire oublier les autres moyens dont l'efficacité est constatée dans certains cas donnés, le nitre à haute dose est un remède très-utile et qui mérite d'être conservé dans la thérapeutique du rhumatisme articulaire.

9° Sans nous prononcer sur la question de savoir comment le nitre agit dans le traitement du rhumatisme, nous ferons observer que, 1° dans la plupart des cas, il n'active pas sensiblement la sécrétion urinaire ; 2° mainte fois il a paru provoquer ou favoriser la transpiration ; 3° on l'a vu quelquefois activer simultanément les sueurs et les urines (*Obs.* XII et XIV) ; 4° il modifie favorablement la douleur et la fièvre, mais on ne peut dire s'il agit plus spécialement sur tel appareil que sur tel autre ; 5° bref, le nitre paraît justifier ici le titre de remède ***tempérant*** que lui ont donné les auteurs ; mais son mode d'action échappe à l'analyse (1).

Prof. Forget,
De Strasbourg.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LE DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES NÉVRALGIES,

Par M. Valleix, médecin des hôpitaux.

Il n'est pas de médecin qui n'ait fréquemment dans sa pratique oc-

(1) Comme il l'a annoncé il y a trois mois à l'Académie de médecine, M. Martin-Solon se livre depuis trois ou quatre ans, à l'hôpital Beaujon, sur une grande échelle, à des recherches suivies touchant l'emploi du nitrate de potasse à haute dose dans le rhumatisme; il a recueilli un grand nombre d'observations. Cet habile praticien fera prochainement connaître dans ce journal les résultats que lui ont donnés ses consciencieuses expérimentations. (*Note du Réd.*)

casion de traiter quelques-unes de ces maladies auxquelles, depuis Chaussier, on a donné le nom de névralgies. Ces affections, ordinairement si cruelles, résistent parfois avec une telle ténacité aux traitements les plus généralement prescrits, qu'elles font le désespoir des malades et des médecins. Rien n'est donc plus utile que de connaître la plupart des médications opposées à ces douleurs cruelles; et c'est en pareil cas surtout que les ressources du médecin doivent être nombreuses et variées. Quelquefois, en effet, on a vu des affections douloureuses des nerfs, que n'avaient pu modifier les agents thérapeutiques en apparence les mieux appropriés, céder à une médication nouvelle qui semblait ne devoir être suivie d'aucun succès.

Toutefois, il faut le dire, les cas de ce genre ne sont pas très-fréquents, et l'on peut, sans s'exposer à émettre des assertions peu susceptibles d'application, tracer d'une manière générale la conduite à suivre dans le traitement des névralgies. C'est là le but principal de cet article, où je me propose d'exposer ce que les auteurs et mes propres observations nous apprennent de plus utile à cet égard. Mais avant d'aborder le traitement, il convient de dire un mot du diagnostic. Diagnostic et traitement sont en effet des choses inséparables : c'est par le premier qu'on établit d'une manière positive les conditions particulières dans lesquelles se trouvent les malades, précautions indispensables pour pouvoir ensuite apprécier rigoureusement l'action des médicaments employés.

Diagnostic. — D'après Chaussier et les auteurs qui l'ont précédé, il suffit, pour caractériser une névralgie, de l'existence d'une douleur plus ou moins aiguë dans le trajet principal d'un nerf et dans ses ramifications. Dans le plus grand nombre des cas, sans doute, cette proposition est exacte, mais quand on examine plus attentivement les faits, on s'aperçoit bientôt que les difficultés sont plus grandes que ne le pensait Chaussier. C'est ainsi qu'on voit, comme j'en ai cité des exemples (1), des névralgies bornées à une très-petite étendue d'un nerf, ne parcourant pas le trajet principal de cet organe, ni ses ramifications, mais fixées dans un point circonscrit, comme le bord postérieur du grand trochanter, ou de l'épitrochlée, et cependant donnant lieu à tous les symptômes propres à cette affection (2). D'autres fois, au contraire, la névralgie envahit un très-grand espace et peut simuler une pleurodynie, un lumbago, en un mot ces affections auxquelles l'opinion générale attribue une nature rhumatismale, et qui affectent plus spécialement les muscles. On serait

(1) *Traité des névralgies ou affections douloureuses des nerfs.* — Paris, 1841; chez J.-B. Baillière.

(2) M. Louis m'a dit en avoir observé récemment une semblable.

donc exposé à de graves erreurs si on n'apportait aucune modification aux idées émises par Chaussier et admises par la plupart des médecins. C'est pourquoi je crois qu'il faut regarder comme une névralgie *toute affection qui, ayant son siége sur le trajet d'un nerf, offre, au moins dans les moments d'exaspération, une douleur plus ou moins vive à la pression exercée sur une très-petite étendue, avec l'extrémité du doigt par exemple, et quelquefois, au contraire, une diminution de la douleur par une pression large exercée avec la paume de la main.* Bien entendu qu'il n'y aura, dans le point indiqué, ni tumeur, ni inflammation, ni, en un mot, aucune lésion matérielle qui puisse donner lieu à la douleur.

Ce sont les considérations de ce genre qui m'ont conduit à poser comme une règle générale l'existence des points douloureux à la pression, dont quelques-uns seulement avaient déjà été signalés par les observateurs; c'est là un fait bien nouveau, et qui était entièrement méconnu il y a peu d'années, puisqu'on regardait comme un caractère presque constant des névralgies la diminution ou même la disparition de la douleur sous une forte pression. Quelle pouvait être la cause d'une semblable erreur? On peut en signaler plusieurs : la première, c'est qu'on ne distinguait pas suffisamment la pression exercée sur une très-petite surface et sur le point douloureux lui-même, d'une pression large et portant plus fortement sur les parties voisines que sur le point douloureux; la deuxième, c'est que dans les moments d'intermittence, le nerf est souvent si peu douloureux que la pression n'a presque aucune action sur lui; enfin la troisième, c'est que le point sur lequel il faut exercer cette pression est souvent limité à une si petite étendue, que si on ne le recherche pas très-attentivement, on peut fort bien ne point le découvrir, même quand on est exercé à ce genre d'exploration. Il arrive, en effet, quelquefois qu'on est obligé de le chercher assez longtemps avant de toucher sur lui, car il est si petit qu'on peut le recouvrir avec la pulpe du doigt; mais lorsqu'on l'a trouvé, on voit bien que si on ne produisait pas de douleurs, c'était uniquement la faute de l'exploration, car alors on en fait naître une souvent très-vive, et qui s'élance parfois en irradiations lacérantes vers les extrémités du nerf affecté.

On peut donc, sans aucune exagération, signaler la pression méthodique comme le meilleur moyen de diagnostic des névralgies. Sans elle, on peut très-bien sans doute reconnaître ces affections, lorsqu'elles parcourent une plus ou moins grande partie du trajet d'un nerf, et que, suivant l'expression de Cotugno, le malade peut décrire la direction de l'organe affecté aussi bien que le ferait un anatomiste; mais, par la pression, on reconnaîtra les névralgies peu étendues, obscures, et que

cependant il ne faut pas négliger, car, sous l'influence de la moindre cause, elles peuvent s'étendre, s'aggraver, et devenir rebelles aux traitements les plus actifs.

Qu'on ne néglige donc jamais, lorsqu'on a affaire à une affection douloureuse de la surface du corps, cette exploration, qui était déjà, au rapport de Cotugno, pratiquée dans quelques cas par les Arabes. C'était en effet en explorant avec la main, *pertentando manu*, que ces médecins découvraient, dans la névralgie sciatique, les lieux où il importait d'appliquer le cautère actuel. N'y eût-il sur le trajet d'un nerf qu'un seul point très-peu étendu, très-limité, très-circonscrit, dans lequel la pression fît reconnaître une douleur vive, sans qu'aucun changement de la peau, aucun gonflement, en expliquât l'existence, on serait porté à regarder cette douleur comme le symptôme d'une névralgie. Si, au lieu d'un seul point, on en trouvait plusieurs du même genre, séparés par d'assez grands intervalles, et toujours sur le trajet du nerf, le diagnostic n'offrirait plus aucune difficulté, même en l'absence des élancements, qui, d'après les observations de Cotugno et les miennes, manquent assez fréquemment, au moins à une certaine époque de la maladie.

Traitement.—Après ces considérations sur le diagnostic, auxquelles je crois devoir me borner ici, parce qu'elles présentent seules quelque nouveauté, passons en revue les principaux traitements opposés à ces affections. Les moyens thérapeutiques qui les composent sont de deux sortes : internes ou externes. Parmi les médicaments administrés à l'intérieur, il n'en est pas qui ait joui d'une plus grande réputation que les opiacés, les pilules de Méglin et l'essence de térébenthine. Les opiacés ont été opposés à toutes les névralgies, quel que fût leur siége; les pilules de Méglin, au contraire, ont été principalement administrées dans les cas de névralgies faciales, et l'essence de térébenthine dans ceux de névralgie sciatique.

Les *opiacés* ont sans doute un grand avantage, car ils engourdissent la sensibilité, et permettent au malade de prendre quelque repos; mais si l'on examine attentivement tous les faits rapportés par les auteurs, on s'assure bientôt qu'il n'existe pas un seul exemple de guérison radicale par ce seul moyen. On connaît, au contraire, les succès frappants obtenus par le docteur Méglin à l'aide des *pilules* qui ont reçu son nom, et par M. Martinet au moyen de l'*huile de térébenthine*. Ces succès sont incontestables; mais soit que les affections traitées par ces auteurs présentassent quelque caractère particulier qui n'ait pas été suffisamment indiqué, soit que le nombre notable de guérisons qu'ils ont obtenues ne soit dû qu'à de simples coïncidences, il est certain que les médecins qui

ont voulu ensuite mettre en usage ces moyens n'ont pas réussi comme eux. D'ailleurs, ainsi que je viens de le dire, l'huile de térébenthine et les pilules de Méglin ne sont pas des médicaments applicables à toutes les névralgies.

Le *souscarbonate de fer*, principalement préconisé en Angleterre, n'a point présenté, même entre les mains du médecin qui en a le plus recommandé l'usage, des effets aussi avantageux que les moyens dont je viens de parler. M. Hutchison n'a point en effet donné ce médicament seul, il a employé en même temps d'autres moyens actifs, de telle sorte qu'il n'était pas même nécessaire de constater les nombreux insuccès obtenus par d'autres médecins, pour faire voir que ce médicament ne mérite pas toute la confiance que cet auteur lui a accordée.

Le *sulfate de quinine* n'a pas été employé à doses très-élevées dans les névralgies; c'est principalement comme antipériodique qu'il a été administré. Or, en analysant un assez grand nombre de faits, je suis arrivé à ce résultat singulier, que le sulfate de quinine n'a eu d'action que dans la moitié des cas qui présentaient une périodicité marquée. Quelle peut être la cause d'un résultat si extraordinaire? C'est ce qu'il est impossible de dire; car les faits, examinés sous tous les rapports, paraissaient exactement identiques. Il y a là, sans aucun doute, une influence cachée, que tous nos efforts n'ont pas pu encore nous faire reconnaître à des signes certains. Malgré le peu de constance dans les effets du médicament, il est inutile de dire qu'il n'en doit pas moins être mis en usage aussitôt qu'on a constaté une périodicité plus ou moins marquée, car, dans les cas où il agit, la névralgie est enlevée comme par enchantement.

On sait que l'*arsenic* a été depuis longtemps employé dans les affections douloureuses des nerfs. Ce médicament a-t-il une action différente de celle du sulfate de quinine? Il est difficile de répondre à cette question. Depuis longtemps aussi il a été mis en usage dans les fièvres intermittentes; et récemment M. Boudin a montré tout le parti qu'on peut en tirer dans ces dernières maladies, en l'administrant à doses très-minimes, c'est-à-dire 2 milligrammes et demi ou un centième de grain. Ne serait-ce donc pas dans des cas où la névralgie participerait de la nature des fièvres intermittentes, que l'arsenic serait avantageux? C'est là une question qu'il faut livrer à ceux qui font des recherches thérapeutiques.

Il serait inutile de citer ici plusieurs autres médicaments, tels que l'*huile de foie de morue*, le *cyanure de fer*, etc., attendu que les recherches ne sont pas assez nombreuses pour qu'on puisse formuler sur eux une opinion générale. Ce sont des moyens qui doivent être connus

du praticien, pour compléter ses ressources thérapeutiques, mais qui ne peuvent pas être jugés encore scientifiquement.

Dans ces derniers temps, la médication externe a prévalu. Ayant examiné avec soin les cas dans lesquels on a fait des applications à l'extérieur, et ayant recherché quel est le mode d'action de ces moyens, je suis arrivé à ce résultat important, que presque toutes les applications extérieures dont les effets se sont montrés avantageux, portent une irritation plus ou moins considérable sur la peau : tels sont les vésicatoires fixes ou volants, la cautérisation, les frictions irritantes. C'est là un principe qui me paraît très-utile à connaître, car il permet de distinguer l'action de plusieurs moyens mis en usage simultanément.

La *cautérisation*, qui était déjà pratiquée par les Arabes, est assurément un moyen d'une grande efficacité, témoin les cas de guérison qui ont été récemment publiés par M. Jobert; mais c'est un moyen effrayant et auquel les malades ne se soumettent qu'avec beaucoup de difficulté; aussi le plus souvent est-on obligé d'avoir recours aux vésicatoires, dont l'action est analogue, et qui sont beaucoup moins effrayants.

On emploie généralement les *vésicatoires à demeure*, et sans doute on a obtenu de cette manière des guérisons avérées; mais ayant remarqué la dissémination de la douleur, la facilité avec laquelle elle se porte d'un point à un autre, il m'a semblé qu'il serait plus utile de porter le topique sur ces différents points, et d'employer les *vésicatoires volants*, afin de pouvoir les transporter facilement sur tous les endroits envahis par la douleur. Ce qui m'a déterminé, en outre, à agir de cette manière, c'est que j'ai remarqué que le pansement des vésicatoires avec des pommades irritantes pour entretenir la suppuration, a le grand inconvénient d'occasionner, dans certains cas, une douleur excessive, tandis que l'irritation plus supportable produite par l'application d'un nouveau vésicatoire volant était toujours suffisante.

D'autres médecins se sont servis de la surface dénudée d'un vésicatoire pour faire absorber une certaine dose d'un *sel narcotique*, et traiter ainsi les névralgies par la méthode dite endermique. Il y a à considérer ici deux actions : l'action irritante du vésicatoire, et l'action stupéfiante du sel de morphine. Or, je crois avoir démontré que cette dernière n'a pas toute l'efficacité qu'on lui a accordée; et cependant les sels de morphine, appliqués sur la peau dénudée par un vésicatoire, n'en sont pas moins des substances très-utiles, car elles agissent comme des adjurants très-puissants; elles endorment la douleur, pendant que le vésicatoire agit plus efficacement et la fait disparaître. Mais il est un fait qui ne doit pas être ignoré du praticien, c'est que le sel de morphine appliqué sur un vésicatoire, chez un sujet affecté de névralgie et dont la

peau est ordinairement très-sensible, occasionne souvent, dans les premiers moments, une douleur insupportable. On évite cet inconvénient en n'appliquant sur la peau dénudée qu'une très-petite quantité de ce médicament, un centigramme, par exemple, disséminé sur une assez grande surface. Or, en appliquant à la fois plusieurs vésicatoires, on atteint facilement ce but, tout en portant à un assez haut degré la dose du médicament, puisque sur chacun d'eux on peut mettre, sans causer une trop grande irritation, la petite dose que je viens d'indiquer. De cette manière, on remplit en même temps ces deux indications importantes : calmer promptement, par le narcotique, les douleurs violentes, et attaquer plus efficacement la maladie par le vésicatoire.

Dans ces derniers temps, on a proposé de porter le sel de morphine dans les voies de l'absorption à l'aide de petites incisions faites avec la lancette, ainsi qu'on le pratique dans la vaccination. Comme, en pareil cas, on ne peut pas attribuer une grande action aux piqûres faites à la peau, il faudrait reconnaître que les narcotiques appliqués par la méthode endermique ont un effet plus grand que celui que je leur attribue, si les faits présentés en faveur de cette médication étaient plus concluants et plus nombreux. C'est un sujet de recherches qui mérite de fixer l'attention des médecins.

L'*électricité*, qui a été employée dans quelques cas avec succès, est un moyen dont l'action n'est pas encore suffisamment connue. Je dois d'ailleurs me contenter de le mentionner ici, car il n'a pas été appliqué à toutes les névralgies, et a été principalement mis en usage dans les névralgies de la face.

Enfin la *cautérisation profonde* avec destruction du nerf, et la *section du nerf*, sont des moyens extrêmes que le praticien doit connaître; mais comme ils ne s'appliquent qu'à des cas excessivement rebelles, ils ne sauraient être étudiés dans un article consacré au traitement général des névralgies.

En résumé donc, comme remède principal, les vésicatoires volants appliqués sur les divers points douloureux dont la pression fait connaître l'existence, et comme adjuvants, lorsque la maladie est très-douloureuse, l'application d'un sel de morphine sur la surface dénudée, tel est le traitement que, dans l'état actuel de la science, on doit regarder comme le plus généralement utile; mais on ne saurait trop répéter qu'il n'y a rien d'absolu dans ces préceptes, et que dans des cas particuliers, il est bon de connaître les autres moyens qui ont eu des succès incontestables. En outre, et c'est une vérité reconnue par tous les praticiens, il y a parfois certaines indications qui doivent faire adopter des traitements particuliers. On a vu des cas où la névralgie étant limitée à un état morbide des

voies digestives, on a fait cesser cette maladie en agissant directement sur les premières voies; et quoique ces cas soient beaucoup plus rares qu'on ne le pense généralement, le médecin ne doit pas moins rechercher avec attention l'existence de cette cause; car si elle était annoncée par quelque signe positif, on serait immédiatement mis sur la voie de la médication la mieux appropriée.

VALLEIX.

NOUVELLE FORMULE DE SOLUTION ARSENICALE

proposée par M. DEVERGIE, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Parmi les préparations pharmaceutiques employées en médecine, il en est peu de plus énergiques que la liqueur arsenicale de Fowler. Sa puissance médicatrice se révèle surtout dans le traitement des affections cutanées anciennes, et notamment dans celles de forme squammeuse et impétigineuse. Douze ou quinze malades en font journellement usage dans mes salles, et mes collègues de l'hôpital Saint-Louis l'administrent à peu près dans des proportions analogues. La solution arsenicale de Pearson est employée dans les mêmes circonstances.

Ces solutions ne se donnent que par gouttes. Pour la solution de Fowler, on débute dans son administration par la dose de deux gouttes, et on augmente tous les trois à quatre jours de deux gouttes, de manière à atteindre un maximum de quatorze à dix-huit gouttes, sans dépasser cette dose.

Quelques médecins ont cru avoir administré jusqu'à quarante gouttes de ce médicament par jour; mais j'ai la conviction qu'ils ont été induits en erreur, et que, ou les malades ne prenaient pas le médicament, ou l'élève en pharmacie ne délivrait pas la dose prescrite.

Depuis trois ans et demi que j'ai succédé à M. Biett à l'hôpital Saint-Louis, j'ai suivi avec beaucoup de soins les effets de ce remède énergique, et il est rare que j'aie dépassé quatorze gouttes sans observer chez les malades des phénomènes qui m'obligeaient à cesser l'emploi de cette solution. J'ai signalé comme un effet constant de ce remède, et comme un indice de la guérison, des taches d'un brun noirâtre qui se montrent dans tous les points de la peau auparavant occupés par la maladie, taches qui persistent plusieurs mois après. Elles constituent le cachet de l'administration des préparations arsenicales.

Dans trois ou quatre circonstances, des symptômes d'empoisonnement par l'arsenic se sont montrés chez mes malades durant le cours de ces traitements; dans un cas surtout les jours du malade ont été mis en

danger. Cependant la dose prescrite ne dépassait pas douze à quatorze gouttes.

Il a été évident pour moi que dans ces circonstances il y avait eu ou erreur, ou négligence de la part de l'élève en pharmacie, de telle sorte qu'il avait pu mettre deux fois par exemple la dose du médicament dans le julep, ou bien qu'en versant la solution par gouttes, il avait mal compté ou n'avait pas compté.

Un élève, qui connaissait tous les dangers d'une administration sans exactitude, prit le parti de ne pas mettre de solution dans les juleps, et naturellement les malades sont restées stationnaires. Je ne savais comment expliquer de pareils résultats négatifs, mais l'analyse des médcaments délivrés me l'a bientôt fait connaître.

Ce qui se passe dans les hôpitaux, par erreur involontaire, par oubli ou par négligence, peut avoir lieu en ville. Un pharmacien peut s'absenter de son officine, et son élève ne pas apporter dans la délivrance du médicament l'exactitude rigoureuse que réclame son administration.

Or, il y a dans la formule de la solution arsenicale de Fowler des inconvénients graves inhérents à son emploi :

1° Cette solution ne peut être donnée que par gouttes.

2° Une transition un peu brusque d'une dose à une autre peut mettre les jours du malade en danger.

3° La dénomination de solution *arsenicale* est un épouvantail pour les malades, tant en ville que dans les hôpitaux; aussi j'ai souvent vu des personnes reculer devant un pareil traitement, et cependant c'est un de nos médicaments les plus héroïques.

Ajouterai-je que la crainte d'une administration peu soigneuse arrête bon nombre de médecins dans la prescription de cette solution?

C'est dans le but d'obvier aux inconvénients attachés à l'usage même de la solution de Fowler, que je propose une formule qui, en permettant de prescrire les doses les plus fractionnées, par *grammes*, ne conduirait qu'à une pesée ou à une mensuration. Cette formule rendrait très-prompte la confection des juleps médicamenteux dans nos hôpitaux, et l'erreur ou la négligence ne pourrait jamais conduire à augmenter d'une manière notable la dose du médicament prescrit.

Ainsi, d'après la formule que je vais faire connaître, le médecin prescrirait 2, 4, 6, 12, 14 *grammes* de solution, au lieu d'un nombre égal de *gouttes;* les élèves pourraient avoir des tubes gradués, indiquant le poids de chaque gramme de la solution, et avec la moindre attention apportée au mélange, on donnerait aux malades des doses exactes.

Telles sont les observations que j'ai soumises au conseil général des

hôpitaux, en demandant qu'il soit pris un arrêté ayant pour objet d'autoriser la préparation de cette solution d'après ce principe.

J'ajoutais, qu'afin de la distinguer de la solution de Fowler, et aussi dans le but de masquer dans sa dénomination le mot *arsenic*, on pourrait renverser l'étymologie de ce mot, appeler cette liqueur solution de *nicarsène* (αρσην, homme, νικαω, tuer). En effet, la solution de Fowler est au 100me de son poids d'arsenic; celle que je propose est au 5000me. Une distinction basée sur des chiffres est donc insuffisante, et l'on comprend quelles pourraient être les conséquences d'une erreur de flacons ainsi étiquetés.

Le conseil n'a pas adopté cette dénomination, et, tout en autorisant la confection de cette nouvelle préparation, il a laissé au pharmacien en chef des hôpitaux le choix des moyens de la faire reconnaître.

C'est de concert avec lui qu'il a été décidé qu'elle prendrait le titre de *solution minérale*, synonyme de la solution arsenicale de Fowler; qu'elle porterait mon nom, et qu'enfin elle serait assez fortement colorée en rose par la teinture de cochenille, en sorte qu'à la vue seule on pourrait juger de sa présence dans un julep, et que toute erreur de vase deviendrait ainsi tout à fait impossible.

La formule de la solution de Fowler est :

Prenez :	Acide arsénieux............	1 gramme.
	Carbonate de potasse........	1 gramme.
	Eau distillée...............	500 grammes.
	Alcool de mélisse composé.....	1 gramme.

La formule que je propose est la suivante :

Acide arsénieux............	10 centigrammes.
Carbonate de potasse........	10 centigrammes.
Eau distillée...............	500 grammes.
Alcool de mélisse composé....	50 centigrammes.
Teinture de cochenille.......	q. s. pour colorer assez fortement.

A prescrire par grammes. Chaque gramme représente une goutte de solution arsenicale de Fowler.

Il serait à désirer que les personnes chargées de la révision du Codex introduisissent ce principe dans la confection de bon nombre de médicaments qui se prescrivent par gouttes, la solution de Pearson, la teinture de cantharides, celle de colchique, celle d'iode, l'acide hydrocyanique et bien d'autres formules que l'on pourrait réduire à une

administration régulière et uniforme, en rapport d'ailleurs avec le système décimal. On simplifierait ainsi le dosage des médicaments, et l'on rendrait plus facile leurs prescriptions par les jeunes médecins, tout en évitant des erreurs nombreuses.

ALP. DEVERGIE.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

MÉMOIRE SUR LE GONFLEMENT CHRONIQUE DES AMYGDALES CHEZ LES ENFANTS,

Par M. Alph. ROBERT, agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Beaujon.

(Suite et fin.)

Dans un précédent article sur le gonflement chronique des amygdales chez les enfants, j'ai décrit les caractères anatomiques et les symptômes de cette maladie; dans celui qui va suivre, j'en étudierai les causes, le pronostic et le traitement.

Étiologie. — Chez les adultes, le gonflement chronique des amygdales se manifeste tantôt à la suite de phlegmasies subaiguës entretenues pendant longtemps par des causes locales ou générales, tantôt après des phlegmasies aiguës répétées dont la résolution a été incomplète. Mais chez les enfants il n'offre pas, à son début, les mêmes caractères; il apparaît et s'accroît d'une manière lente, insensible, sans déterminer ni douleur, ni gêne dans la déglutition; son existence ne se révèle aux parents que par le bruit dont la respiration s'accompagne pendant le sommeil, par la nécessité où sont les enfants d'avoir la bouche constamment ouverte, par une petite toux habituelle, et plus tard, enfin, par le timbre particulier de la voix.

Lors de mes premières observations sur le gonflement des tonsilles chez les enfants, je m'étais étonné de cette absence de symptômes inflammatoires, et je me demandais comment une maladie qui se rapproche de celle des adultes par ses caractères anatomiques, semblait s'en éloigner par ses causes et par son mode de développement. Mais plus tard j'en ai mieux saisi l'origine, et je me suis convaincu que, chez les enfants comme chez les adultes, l'irritation est, à la différence près de l'intensité, la cause unique du gonflement des tonsilles, comme elle est, en général, celle de toutes les hypertrophies. En effet, d'après de

nombreux renseignements que j'ai recueillis sur l'époque exacte à laquelle le mal paraît débuter, il m'est démontré que les premiers symptômes du gonflement des tonsilles se manifestent souvent chez les enfants entre le sixième mois et la fin de la deuxième année. Or, cette époque est celle du travail de la dentition, et l'on sait que ce travail détermine toujours un mouvement fluxionnaire sur la bouche et ses dépendances, et même sur la tête entière : le ptyalisme, les éruptions connues sous le nom de feux de dents, les eczema et les impetigo de la face et du cuir chevelu, le gonflement des ganglions cervicaux et sous-maxillaires, les ophthalmies, etc., sont liés à cette cause, et il n'y aurait pas à s'étonner que l'hypertrophie des tonsilles en fût aussi le résultat. J'incline d'autant plus à le croire, que chez l'adulte la dentition exerce sur l'état des amygdales une influence qui, bien que moins fréquente et plus restreinte que chez l'enfant, n'en est pas moins facile à démontrer. M. Toirac, dentiste habile, à qui l'on doit un travail intéressant sur l'évolution de la dent de sagesse, a observé le fait suivant, très-remarquable sous ce point de vue. « Le docteur Fiard fut atteint, en 1821, d'une amygdalite qui résista à tous les traitements imaginables, et qui durait encore au commencement de 1823. Il était sur le point de se soumettre à l'excision de l'amygdale, lorsqu'en examinant avec attention l'arrière-bouche, il remarqua que la dent inférieure gauche, dite de sagesse, manquait. En pressant contre l'apophyse coronoïde, il éprouva une douleur sourde : la gencive correspondant à cette dent n'offrait aucune altération. Cependant il essaya de la soulever avec un stylet porté derrière la seconde grosse molaire, et s'aperçut qu'une large et très-grosse dent, parfaitement sortie de son alvéole, gisait très-profondément dans les chairs. La gencive fut incisée largement; il fallut même en exciser et en cautériser quelques portions. A dater de cette époque, la dent devint libre et l'amygdalite disparut. (*Revue médicale*, 1828, t. I, p. 411.) A ce fait, déjà fort curieux, je joindrai le suivant, qui m'est propre : Un clerc de notaire, âgé de vingt ans, d'une constitution grêle et lymphatique, eut plusieurs angines tonsillaires pendant l'hiver de 1834. L'amygdale gauche resta tuméfiée; et, sous l'influence de causes très-légères, il s'y manifestait souvent de la rougeur et de la douleur. J'espérai mettre un terme à ces fréquentes récidives en excisant l'organe malade, mais je fus déçu dans cet espoir : après l'opération, la région tonsillaire n'en demeura pas moins le siége d'une irritabilité qui se réveillait à chaque instant. J'explorai alors la bouche avec le plus grand soin, et je reconnus que la dernière dent molaire inférieure de ce côté n'était pas sortie; que la gencive correspondante, molle et plus sensible qu'à l'état normal, présentait en dehors un petit pertuis fistuleux. L'introduction d'un stylet

très-fin par cet orifice me fit parvenir sur la dent de sagesse, dont la couronne était cariée. Je conseillai immédiatement l'extraction de cette dent, et l'angine ne tarda pas à disparaître. Depuis lors, le malade n'en a pas été une seule fois affecté.

Suivant Dupuytren, le rétrécissement de la poitrine et le gonflement des amygdales s'observent surtout chez les enfants lymphatiques ou débilités par une nourriture malsaine, l'habitation dans les lieux bas, humides et froids, etc. (*Leçons orales*, t. Ier, p. 182.) Le fait peut être vrai, et j'admettrai volontiers qu'un mauvais état de la constitution doive prédisposer au gonflement des tonsilles; mais il ne faut pas oublier non plus l'influence fâcheuse que ce gonflement exerce lui-même sur la santé des enfants; et quand on le rencontre chez des individus faibles, rachitiques, scrofuleux, on doit interroger avec soin les parents sur les antécédents de la maladie, afin de ne pas être exposé à prendre l'effet pour la cause. J'ai vu des enfants être affectés de ce gonflement malgré une constitution primitivement excellente, et chez lesquels l'organisation ne s'était détériorée que depuis la gêne apportée au libre exercice de la respiration.

Une dernière circonstance m'a plus d'une fois frappé en étudiant cette maladie : c'est que, parmi les enfants d'une même famille, il s'en trouve rarement un seul d'affecté; chez tous, ou presque tous, les amygdales offrent un développement plus ou moins considérable.

Pronostic et traitement. — Le gonflement chronique des amygdales n'est pas plus susceptible de résolution chez les enfants que chez les adultes. Lorsqu'il est peu considérable et ne porte sensiblement obstacle à aucune fonction, il arrive un âge où les dimensions des organes s'étant graduellement accrues, le volume des amygdales paraît moindre, comparé à l'étendue de l'isthme du gosier; de telle sorte que la forme de ces parties est à peu près à son état normal. Dans ces cas, on peut, sans inconvénient, abandonner la maladie à elle-même, et se borner à un traitement capable de développer l'énergie musculaire et la prédominance du système sanguin. Mais je m'étonne que des praticiens recommandables aient pu généraliser ce conseil et se borner, dans tous les cas, aux moyens généraux en laissant subsister la cause du mal. Je concevrais cette temporisation, si l'excision des amygdales était une opération grave; mais je l'ai vu souvent pratiquer par Dupuytren, je l'ai pratiquée moi-même un grand nombre de fois sur des enfants de tout âge, et je n'ai jamais vu survenir d'accident sérieux. Je pense donc qu'il faut y recourir sans délai lorsque les amygdales sont assez développées pour altérer la voix et rendre impossible la respiration par les fosses nasales, alors même que le thorax n'est pas encore déformé.

Cette opération offre souvent de graves difficultés chez les enfants, soit à cause de l'exiguité des parties, soit surtout parce qu'on ne peut maîtriser la volonté qui, à cet âge, s'oppose à tout ce qui produit de la douleur, ou même seulement de la gêne. On ne saurait donc la pratiquer avec sûreté, sans posséder des moyens efficaces pour prévenir les mouvements de la tête et du tronc, pour tenir la bouche largement ouverte et la langue abaissée, pour saisir et couper promptement les amygdales. Je vais entrer dans quelques détails pratiques sur chacun de ces temps de l'opération.

1° L'enfant doit être assis sur les genoux d'un aide vigoureux, les jambes contenues au moyen d'une des jambes de l'aide, que celui-ci fait passer au-devant de celles de l'enfant; le tronc et les membres supérieurs appuyés contre la poitrine de l'aide qui les enlace avec ses bras; la tête fixée contre la poitrine d'un second aide, qui est, en outre, chargé de maintenir ouverte la bouche de l'enfant et d'abaisser sa langue.

2° Tous les chirurgiens ont reconnu la difficulté de maintenir ouverte la bouche des enfants; ce qui le prouve, c'est le grand nombre d'instruments imaginés à cet effet depuis Ambroise Paré jusqu'à nos jours. La plupart ont ceci de commun, qu'ils sont composés de deux plaques portées sur un ou deux montants, l'une fixe, l'autre mobile et pouvant être rapprochée de l'autre au moyen d'une vis de rappel placée dans l'intervalle des deux montants ou dans l'épaisseur de la tige unique. Ils ont tous cet inconvénient, que les plaques diduetrices s'écartant parallèlement, ne portent que par un point de leur surface sur une très-petite étendue des arcades dentaires, et peuvent ainsi causer de la douleur ou même luxer les dents; ils sont en outre gênants par leur volume, longs à introduire et difficiles à maintenir. Aussi sont-ils presque tous abandonnés.

Celui dont je me sers a été imaginé, il y a quelques années, par mon excellent ami le docteur Saint-Yves. Il est très-simple et agit à la manière d'un coin large et solide, calqué sur la forme des arcades dentaires, dans l'intervalle desquelles il doit être placé. Il consiste en un anneau placé dans l'écartement de deux gouttières, longues chacune de 4 centimètres environ; le diamètre en est assez large pour que l'indicateur puisse y passer très-aisément. Les bords en sont fortement évidés en deux sens opposés, afin que le doigt, une fois introduit, puisse le traverser obliquement et prendre une direction presque parallèle à celle de l'instrument. Les deux gouttières, un peu courbées transversalement, sont réunies en arrière de l'anneau à angle mousse. Suffisamment larges et profondes, garnies d'une couche d'étain, et crénelées, elles reçoivent les molaires correspondantes des deux mâchoires dans une assez grande

étendue. L'indicateur peut impunément, à la faveur de l'anneau du speculum, plonger au-dessous du niveau des dents inférieures, et déprimer la base de la langue autant que l'exigent les besoins de l'opération.

Pour placer cet instrument sur le côté gauche, par exemple, le chirurgien introduit son indicateur dans l'anneau du speculum, et porte ce dernier entre les mâchoires. Là il l'assujettit, 1° avec son pouce appliqué sous le maxillaire inférieur ; 2° avec son doigt médius, dont le côté externe appuie derrière l'angle correspondant de la mâchoire, tandis que l'extrémité libre de l'indicateur déprime la langue. L'index et l'instrument ne font plus qu'un seul et même système, et constituent un instrument à la fois diducteur des mâchoires et abaisseur de la langue. Il est évident que l'on se sert toujours de l'indicateur opposé au côté sur lequel on opère, et qu'il suffit de renverser l'instrument pour le faire servir à droite, par exemple.

Si l'enfant s'obstine à ne point ouvrir la bouche, il est facile à celui des aides qui est chargé de lui maintenir la tête, d'appliquer ses deux indicateurs sur le trajet du nerf facial, près de chaque articulation temporo-maxillaire, et, par une pression toujours croissante, de déterminer une douleur passagère mais assez vive pour lui faire écarter forcément les mâchoires, ne fût-ce que pour crier ; le chirurgien profite adroitement de cet instant pour introduire le spéculum, qu'il confie ensuite à l'aide chargé de le fixer.

Dans le cas où une circonstance imprévue oblige de suspendre brusquement l'opération, l'indicateur, en se retirant, entraîne avec lui le diducteur, en moins de temps qu'il n'en a fallu pour l'introduire. Lorsque j'ai rencontré des enfants très-indociles, et qu'il a fallu m'y reprendre à plusieurs fois avant de pouvoir terminer l'opération, cet instrument m'a été d'une utilité réelle (1).

3° Lorsqu'on n'emploie pas le diducteur de M. Saint-Yves, il est nécessaire d'avoir un instrument spécial pour abaisser la langue, sans quoi cet organe, à raison de sa structure, se retire fortement en arrière, se pelotonne, pour ainsi dire, au fond de la bouche, et masque les différentes parties que l'on a le plus grand intérêt à maintenir découvertes. Parmi les instruments imaginés dans ce but, celui dont le professeur Sanson se servait m'a paru le plus simple et le plus commode. C'est une plaque mince de buis, de forme ovalaire, longue de 7 centimètres, et portée sur un manche également en buis, et formant avec elle un angle de 110 degrés. La disposition de cet instrument permet de passer facilement par

(1) On le trouve chez M. Charrière, ingénieux et habile fabricant d'instruments, rue de l'École-de-Médecine.

dessus les dents inférieures et de déprimer la base de la langue aussi fortement que l'on veut, sans que la main qui le tient et le guide gêne en rien l'exploration de la bouche.

4° De tous les instruments imaginés pour saisir et fixer l'amygdale, la pince de Muzeux est un de ceux que l'on emploie encore le plus généralement, parce qu'elle a l'avantage de saisir l'amygdale sans lui permettre jamais de s'échapper, et qu'on n'est pas exposé, en la retirant, à blesser les diverses parties de la bouche. Cependant elle présente un grave inconvénient : la direction des crochets étant parallèle aux branches de la pince, ne permet de saisir que le bord antérieur de l'amygdale : de telle sorte que chez les enfants, à raison de l'exiguité des parties, le crochet externe seul pénètre dans le corps glanduleux, tandis que l'interne vient souvent piquer la luette. Pour y obvier, j'ai fait subir à l'instrument une modification qui en rend l'usage parfaitement commode et sûr. J'en ai fait couder l'extrémité terminale très-près de la naissance des crochets, de manière à ce que ceux-ci, au lieu de s'ouvrir parallèlement aux branches de la pince, s'ouvrent sur le côté. Il en résulte que l'amygdale ne peut être saisie que par sa face interne, qui est la plus large et la plus saillante, et que la luette ne peut jamais être blessée.

5° Enfin, pour exciser l'amygdale, je préfère à tout autre instrument le bistouri boutonné ordinaire, ayant sa lame entourée d'une bandelette de linge ou de diachylon jusqu'à trois ou quatre centimètres du bouton, ou mieux encore, le bistouri de M. le professeur Blandin, lequel étant porté sur un long manche, éloigne de l'entrée de la bouche la main de l'opérateur, et permet plus facilement à l'œil de plonger dans l'isthme du gosier.

Je regarde comme peu commodes ou peu sûrs les instruments imaginés pour remplacer à la fois les pinces et le bistouri, et abréger la durée de l'opération. Celui de M. Fanestock, par exemple, préconisé par quelques chirurgiens, ne saurait, avec sa forme et ses dimensions invariables, s'adapter à toutes les variétés que l'amygdale malade peut présenter ; et son moindre inconvénient est de ne pratiquer souvent qu'une excision incomplète.

L'enfant étant maintenu convenablement, la bouche largement ouverte, et la base de la langue abaissée, l'opérateur saisit d'abord l'amygdale gauche avec la pince à griffes tenue de la main gauche, la tire légèrement en dedans, et de l'autre main, il glisse le bistouri entre l'amygdale et la base de la langue, en dirige le tranchant en haut, et par de petits mouvements de va-et-vient, coupe rapidement l'organe malade en rasant les piliers du voile du palais ; enfin, au moment de terminer, il incline le tranchant en haut et en dedans, afin d'éviter le voile du

palais, et d'achever plus facilement la section de l'amygdale. Ce manuel opératoire est le plus souvent d'une exécution prompte; mais chez les très-jeunes enfants, si la tête n'est pas solidement fixée, le moindre mouvement fait déchirer l'amygdale ordinairement molle et friable à cet âge ; le sang qui s'écoule empêche l'opérateur de bien voir ce qu'il fait. Certains enfants poussent des cris tels que leur tête se couvre de sueur, leur face devient violacée, et l'on est obligé de suspendre à plusieurs reprises l'opération, tant l'asphyxie paraît imminente. Quelquefois aussi des lambeaux d'amygdale à moitié détachés font craindre l'accident observé par Moscati, et il faut alors se hâter de porter au fond de la gorge une pince à polype et d'enlever ces débris flottants, soit en les arrachant, soit en les coupant avec des ciseaux courbes. Telles sont les difficultés que j'ai rencontrées et qui rendent parfois cette opération longue et laborieuse. Il convient, en général, d'enlever la seconde amygdale quelques instants après la première, lorsque le sang résultant de la section de celle-ci est à peu près étanché. Cependant, si les difficultés étaient trop grandes, il faudrait ne pas insister, et remettre la seconde opération à l'époque où l'inflammation résultant de la première serait complétement dissipée.

Cette opération est ordinairement suivie d'un léger écoulement de sang, qui cède à des gargarismes astringents ou acidules. Cependant on a vu le réseau fourni à la face externe des tonsilles par les artères palatine et pharyngienne inférieures être plus volumineux qu'à l'état normal, et fournir une hémorrhagie sérieuse. M. Velpeau dit avoir été trois fois obligé d'appliquer de l'alun en poudre directement sur la plaie (*Médecine opératoire*, tome 3, page 567); et je sais que récemment M. Blandin a dû recourir au cautère actuel chez un jeune homme opéré par un confrère habile. J'ai eu le bonheur de ne jamais observer de semblable accident; mais, le cas échéant, je tenterais un moyen de compression que m'a depuis longtemps suggéré la position des tonsilles : je placerais le pouce profondément dans l'isthme du gosier, sur la surface saignante; j'appliquerais l'index et le médius sur les téguments du cou, derrière l'angle de la mâchoire; et je pense que ce procédé permettrait ou de froisser l'amygdale, ou de la comprimer assez longtemps pour arrêter l'hémorrhagie. Du reste, M. Hervez de Chégoin a proposé un instrument fondé sur les mêmes données anatomiques, et capable de remplacer l'emploi de la main. Cet instrument ressemble à un petit compas d'épaisseur; il porte à l'extrémité de ses deux tiges courbes une pelote ovalaire en liége ou en agaric, et, à l'extrémité opposée, deux branches droites croisées et terminées chacune par un anneau, comme les branches d'une pince. Une des pelotes étant introduite dans la bouche et

appliquée sur la plaie de l'amygdale, la pelote opposée doit s'appuyer sur les téguments du cou derrière l'angle de la mâchoire. Notre habile confrère n'a pas encore eu l'occasion de l'employer; mais il l'a essayé sur le cadavre, et s'est assuré que l'application en serait efficace et facile.

Dès les premiers jours qui suivent la rescision des amygdales, l'ouïe se rétablit; la voix prend un timbre meilleur; la respiration n'est plus ronflante et peut s'exécuter par le nez. Mais l'habitude contractée par l'enfant de ne respirer que par la bouche est tellement puissante qu'il faut, en général, un temps fort long pour la dissiper. Cette circonstance doit ralentir sans doute le développement des fosses nasales et de l'arcade dentaire. J'ai remarqué en effet que les traces en persistent souvent jusqu'à un âge avancé. Quant à la déformation de la poitrine, d'après les observations de M. Warren et les miennes, elle ne fait plus de progrès, et tend à diminuer. Mais il est facile de concevoir combien doit être lent le retour du squelette à sa conformation primitive; et l'on prévoit même qu'il resterait le plus souvent incomplet, si on ne le favorisait par des moyens artificiels.

Dupuytren conseille d'exercer des pressions sur le thorax, d'avant en arrière, espérant ainsi réagir sur les côtes et rétablir leur courbure. Pour cela, le dos de l'enfant étant fixé contre un mur, ou tout autre plan solide, il faut presser et pousser la partie antérieure de la poitrine, à l'aide de la main appliquée sur la partie la plus saillante du sternum. Cette manœuvre doit être intermittente et isochrone aux mouvements respiratoires; elle ne doit agir que pendant l'aspiration, afin de permettre à la poitrine de se développer au moment de l'inspiration; enfin elle doit être répétée très-souvent chaque jour, et continuée chaque fois pendant plusieurs minutes : son efficacité dépend de la persévérance avec laquelle elle est employée. Ce traitement est le seul auquel on puisse recourir lorsque l'enfant n'a pas encore atteint l'âge où l'on peut s'aider de son intelligence et de sa volonté.

Un moyen plus direct et plus efficace consiste à mettre en jeu les muscles qui s'étendent du bras et des épaules à la poitrine, et tendent ainsi, quand les bras sont fixés, à soulever les côtes, et à les écarter de l'axe du corps. Suivant Dupuytren, il n'est pas d'exercice plus propre à atteindre ce but que celui qui oblige à soulever à l'aide des mains et pendant plusieurs heures par jour, un poids suspendu à une corde passant à travers deux poulies, une de suspension, l'autre de renvoi. L'extrémité de la corde destinée à être saisie doit être attachée au milieu d'un levier que saisissent les deux mains; l'autre extrémité doit soutenir un poids proportionné à la force de l'individu.

Un exercice très-avantageux, et qu'on peut faire alterner avec le précédent, est celui dans lequel les extrémités sont rapprochées l'une de l'autre autant que possible, et les bras fortement portés en arrière. M. Donald Walker en a proposé un très-ingénieux, lequel consiste à faire usage de deux bâtonnets ou sceptres en bois, longs de 60 à 70 centimètres, garnis de plomb à leurs deux extrémités, pesant un demi-kilogramme ou un kilogramme environ. Chacun de ces bâtonnets, tenu par une de ses extrémités, doit être porté dans une foule de positions diverses, lesquelles exigent que les bras soient tantôt soulevés, tantôt abaissés, tantôt écartés du corps, et tantôt portés en arrière et en haut, etc., de manière à mettre en jeu l'action très-variée des divers muscles insérés aux bras et au thorax.

Du reste, on peut varier beaucoup ces moyens gymnastiques; mais il faut, suivant la remarque judicieuse de M. Coulson, éviter que le corps se penche en avant, ou que les muscles abdominaux soient fortement contractés; car les efforts de ce genre tendraient à abaisser les côtes, et auraient pour résultat de perpétuer la conformation vicieuse du thorax. Il faut aussi, quel que soit l'exercice adopté, en continuer l'usage avec beaucoup de persévérance : sa durée doit être d'autant plus longue que la déformation est plus ancienne, plus considérable, et l'âge des malades plus avancé.

Enfin, il est important de joindre à la gymnastique tous les moyens que l'hygiène et la thérapeutique mettent à notre disposition pour accroître l'énergie de l'organisme. On ne saurait trop agir pour lutter avec succès contre une maladie qui étouffe la vie dans sa source même, et condamne l'homme à un état continuel de souffrance et de langueur.

Alp. Robert.

DE LA BLESSURE DE L'ARTÈRE BRACHIALE DANS L'OPÉRATION DE LA SAIGNÉE ET DE SON TRAITEMENT.

La blessure de l'artère brachiale, dans l'opération de la saignée, est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit généralement. Malgré le soin que l'on met à dissimuler ces cas malheureux, ils se présentent chaque jour à l'observation dans les hôpitaux. Aussi avons-nous pensé qu'il ne serait pas sans intérêt d'appeler l'attention des praticiens sur les causes de cet accident, et sur les moyens thérapeutiques qu'il exige.

Si la lésion de l'artère brachiale peut être attribuée quelquefois à l'indocilité des malades, il faut avouer qu'elle est bien plus souvent due

à l'imprudence des médecins. Dans la plupart des cas que nous avons rencontrés, une investigation minutieuse nous a montré que cet accident avait pour cause l'inobservation des principales règles de la saignée. Chez plusieurs sujets la veine médiane basilique avait été ouverte, quoique la céphalique, la médiane céphalique et les radiales fussent très-apparentes. Comment expliquer un pareil fait? Faut-il supposer de la part de ceux qui tombèrent dans une faute si grave, une ignorance complète des rapports de l'artère brachiale, ou ne doit-on pas plutôt croire qu'ils regardaient comme fort exagérées les précautions que l'on prescrit généralement pour éviter ce vaisseau? Or, nous ne saurions trop rappeler que, sur les individus maigres, la veine médiane basilique est tellement unie à l'artère, au moment où elle la croise, qu'il est presque impossible de ne pas léser les deux vaisseaux en même temps. Chez quelques malades, au lieu d'examiner avec soin la disposition des parties, le chirurgien avait commencé par appliquer sur le bras une ligature très-serrée; alors il est facile de comprendre comment l'artère, dont les battements avaient été suspendus par cette forte constriction, avait pu être intéressée en même temps que la veine médiane basilique; comment elle avait pu être prise à la rigueur pour une veine, présentant un cordon peu saillant, rénitent sous le doigt, et sans battements. D'autres fois enfin, l'opérateur, ayant négligé de placer dans l'extension et de maintenir fortement le bras du malade, celui-ci, par un brusque mouvement, l'avait porté au-devant de la lancette, et s'était blessé lui-même. Nous insistons sur toutes ces circonstances, parce qu'on est trop habitué dans la pratique à regarder la phlébotomie comme une opération des plus simples, parce que l'on néglige d'ordinaire les préceptes minutieux recommandés surtout par Sabatier et Royer, tandis que l'oubli de ces préceptes peut avoir les plus graves conséquences.

Lorsque, dans l'opération de la saignée, l'artère brachiale a été ouverte, il peut ne survenir qu'un anévrysme faux primitif; mais ces cas sont assez rares : plus ordinairement la médiane basilique a été intéressée, et il se développe une varice anévrysmale ou un anévrysme variqueux, et souvent ces deux maladies à la fois. Déjà Scarpa avait fait remarquer que pour amener une varice anévrysmale simple il fallait que l'ouverture des deux parois veineuses, et celle de la paroi antérieure de l'artère, fussent bien parallèles; que la plaie la plus superficielle de la veine se cicatrisât facilement, tandis que celle qui communiquait avec l'artère fournirait un libre passage au sang, et enfin, que ces deux circonstances se trouvaient rarement réunies. Mais il est aisé de voir, en lisant avec attention les nombreuses observations rapportées par les auteurs, que la varice anévrysmale est encore plus rare que ne

le pensait Scarpa. Presque constamment il se produit, au moment de l'ouverture de l'artère, un épanchement de sang artériel plus ou moins notable dans le tissu cellulaire; épanchement qui n'est pas toujours facile à constater quand il est peu considérable, et qu'il y a en même temps une ecchymose formée par du sang veineux. Alors, si l'ouverture de communication entre les deux vaisseaux est assez large, il peut se faire que le sang épanché se résorbe, et qu'il se forme entre la veine et l'artère un véritable canal; mais il ne faut pas trop compter sur ce résultat. Plus souvent, après un temps plus ou moins long, à la suite d'un effort, de mouvements étendus du bras, ou sans cause connue, on voit apparaître une petite tumeur là où l'on croyait n'avoir qu'une varice anévrysmale très-simple. Il serait difficile de dire si, dans ces cas, il y a eu oblitération de l'ouverture artérioso-veineuse, déchirure du tissu cellulaire et développement d'une tumeur nouvelle, ou si cette tumeur existait petite et n'avait pas été aperçue; mais il faut être prévenu que très-souvent la varice anévrysmale se complique, soit primitivement, soit consécutivement, d'anévrysme variqueux. C'est un fait important dans la pratique; car la varice anévrysmale n'est pas une affection très-grave par elle-même. Hodgson, Sabatier, Scarpa, Boyer, etc., rapportent des observations assez nombreuses de varices anévrysmales qui restèrent dix, vingt, trente années sans prendre de développement. A côté de ces cas heureux, combien n'en compte-t-on pas où la maladie, compliquée d'anévrysme variqueux, exigea la ligature de la brachiale, quelquefois l'amputation du bras, et causa la mort! Les observations sont très-nombreuses dans lesquelles on vit, à la suite de la ligature de la brachiale, l'anévrysme se reproduire, la tumeur s'ulcérer, des hémorrhagies opiniâtres épuiser les malades, la gangrène envahir rapidement tout l'avant-bras malgré tous les efforts du chirurgien. Nous ne citerons que quelques faits à l'appui de ce que nous avançons.

Un banquier, homme jeune, d'une constitution forte, ayant été saigné pour un accès de manie, eut l'artère brachiale ouverte. Il se développa au pli du bras une varice anévrysmale qui resta plusieurs années sans augmenter notablement. Cependant le malade éprouvant sans cesse dans le bras de l'engourdissement, une sensation de froid désagréable, parfois une grande gêne dans les mouvements; voyant en outre la tumeur s'accroître, réclama une opération qui fut pratiquée par M. le professeur Roux. La ligature fut faite très-facilement; l'artère avait été parfaitement isolée et liée au-dessus et au-dessous de la tumeur. Dès le soir même des douleurs atroces se manifestèrent dans le membre; les jours suivants des phlyctènes apparurent sur le dos de la main, tous les signes

d'une gangrène se manifestèrent, et il fallut amputer le bras. Le malade guérit. Dans un autre cas d'anévrysme variqueux du pli du bras, survenu chez une femme de trente ans à la suite d'une saignée, M. Roux pratiqua la ligature de la brachiale suivant la méthode de Hunter. L'anévrysme n'offrit plus de pulsations pendant quelques mois, mais au bout d'un an il avait reparu plus volumineux. Cette fois il plaça deux ligatures, l'une au-dessus, l'autre au-dessous de la tumeur; mais après quelques jours survinrent des hémorrhagies artérielles que ni la compression, ni la cautérisation, ni de nombreuses ligatures ne purent arrêter. Il fallut recourir à l'amputation du membre, et la mort fut la suite de cette opération. On a cherché à expliquer ces résultats funestes par les modifications profondes que peut apporter dans la nutrition du membre la communication des deux systèmes artériel et veineux; dans l'altération du tissu des artères, la dilatation des anastomoses, l'élargissement des veines, on a cru trouver les causes suffisantes des récidives des hémorrhagies consécutives et de la phlébite; on a pensé que le défaut d'activité de la circulation capillaire, phénomène devenu évident par la gêne, la sensation de froid, la diminution de sensibilité qu'accusaient les malades, pouvait dans certains cas avoir déterminé la gangrène du membre après l'opération. Il serait difficile de déterminer au juste la valeur de toutes ces assertions, mais elles ne doivent pas être négligées. On comprend parfaitement que les modifications apportées depuis longtemps dans la nutrition d'un membre ne soient pas sans avoir une certaine influence; aussi pensons-nous que dans les cas où la ligature de la brachiale doit être faite, on ne diffère pas trop à la pratiquer. Nous rapporterons encore un dernier cas de lésion de la brachiale à la suite d'une saignée, plus récent que ceux dont nous venons de parler, et dont la terminaison fut également malheureuse.

Chabria (Simon), coiffeur, âgé de trente et un ans, est entré à l'hospice Necker le 29 novembre 1842. Il raconte que le 13 du mois précédent, s'étant fait pratiquer une saignée, le sang sortit avec force par la petite plaie, présentant un jet vermeil et saccadé. Le médecin, effrayé, ferma aussitôt l'ouverture faite au vaisseau, et appliqua sur elle une ligature très-serrée. Cependant le sang s'épancha en grande quantité dans les tissus, et le bras avait pris un volume considérable au-dessus de la ligature. Le membre tout entier était très-douloureux; le médecin fut rappelé, la ligature relâchée sans que l'hémorrhagie reparût. Alors on appliqua sur tout le membre des compresses imbibées d'un liquide résolutif, et on les maintint à l'aide d'un bandage roulé, médiocrement serré. A l'entrée du malade à l'hôpital, le membre blessé avait repris son volume presque normal. Dans le pli du bras il existe une tumeur de la

grosseur d'une forte noix, un peu aplatie, avec pulsations isochrones avec le pouls, présentant un mouvement d'expansion des plus marqués; ces symptômes augmentaient d'intensité par la pression du bras au-dessous de la tumeur, et cessaient au contraire quand on exerçait la compression au-dessus d'elle. La main et l'oreille percevaient un frémissement très-marqué, plus fort dans la flexion que dans l'extension du membre; les veines superficielles n'offraient aucun battement, aucune dilatation; le malade n'éprouvait aucun engourdissement, aucune gêne dans l'avant-bras. On distinguait encore, le long du bord interne du biceps, une teinte jaunâtre attestant qu'un épanchement de sang considérable avait eu lieu dans ces parties. Le 1er décembre, M. Lenoir pratique la ligature de la brachiale à la partie moyenne du bras. L'opération terminée, les battements, suspendus dans la tumeur, reparurent après quelques instants. Ils n'étaient pas sensibles à la vue, mais la main et l'oreille constataient de nouveau un léger bruit de souffle. Cependant il n'y avait aucun battement sur le trajet de la radiale et de la cubitale. Le 3, on exerça sur la tumeur une légère compression. Le 4, un érysipèle envahit le bras, et força d'enlever les points de suture de l'incision brachiale; une quantité assez notable de pus s'écoula par la plaie. Le 9, il ne reste plus que de très-légères traces d'érysipèle; dans l'après-midi, la tumeur anévrysmale ulcérée est le siége d'une hémorrhagie abondante, que l'on arrête assez difficilement. Dans la nuit du 10 l'hémorrhagie reparaît deux fois assez abondante. Le 13, la suppuration est établie dans le sac lui-même. Le 14, un nouvel écoulement de sang a lieu; l'on pratique la ligature de l'artère axillaire, et on fait une légère compression au niveau des deux plaies du bras; mais une hémorrhagie abondante a lieu dans la nuit, infiltre les tissus, et le lendemain une partie de l'avant-bras présente des symptômes évidents de gangrène. Le 15, l'amputation du bras est pratiquée, et sept jours après le malade meurt.

Examen du bras. La dissection est très-difficile au milieu des parties gangrénées et infiltrées de sang; cependant, on constate que les veines superficielles du membre n'ont été nullement intéressées. Au niveau du pli du bras, dans le point où existait la tumeur anévrysmale, on trouve la paroi antérieure de l'artère détruite dans l'étendue d'un centimètre. A la partie interne de l'artère est accolée une grosse veine satellite, presque aussi volumineuse que l'artère, ayant sa paroi externe et antérieure détruite. Les deux vaisseaux communiquaient ainsi largement par le moyen de la poche anévrysmale qui s'élevait au-devant d'eux. Cette poche présentait environ 2 centimètres de long et un de large; elle était remplie de caillots de sang putréfié, ainsi que les tis-

sus environnants, dont une partie est gangrénée. Il a été impossible de constater par quelle voie s'étaient faites les hémorrhagies, mais les artères collatérales étaient notablement augmentées de volume.

Examinons maintenant quelle conduite le chirurgien doit tenir quand, après une saignée, l'artère brachiale a été intéressée. La première chose à faire est d'exercer une forte compression sur l'artère à la partie interne et inférieure du bras, et sur le point même où la saignée a été pratiquée. De cette façon, on suspend le cours du sang artériel, et on empêche aussi le sang veineux de former une ecchymose quelquefois assez considérable dans le tissu cellulaire. On remplace ensuite cette compression partielle par un bandage roulé, qui comprend le membre tout entier, et qui fixe sur les deux points qui ont été indiqués des compresses pliées en plusieurs doubles. En appliquant seulement un bandage circulaire autour du coude, on intercepte le cours du sang veineux, et la compression de l'artère étant elle-même difficile dans le pli du bras, on permet au sang de s'infiltrer au loin dans les tissus. C'est là ce qui a été fait dans le dernier cas que nous avons rapporté; et on a vu que l'infiltration avait remonté jusqu'à la partie supérieure du bras, dans la gaîne des vaisseaux. Cependant, quand l'hémorrhagie est arrêtée, quand le sang épanché dans le tissu cellulaire est résorbé en grande partie, on peut enlever le bandage, et chercher quel est le genre de la lésion que l'on a à traiter. Y a-t-il une plaie simple de l'artère et un anévrysme faux? Une veine a-t-elle été ouverte et le sang artériel passe-t-il librement dans sa cavité? Existe-t-il un anévrysme variqueux? Toutes ces questions sont fort difficiles à résoudre. On reconnaît encore assez facilement la lésion d'une artère et l'existence d'un anévrysme à la présence d'une tumeur pulsative, augmentant quand on exerce une compression au-dessous d'elle, diminuant de volume et n'offrant plus de battements quand la compression est exercée entre elle et le cœur; mais comment savoir si cette tumeur communique avec une veine? Certes, le fait n'est pas douteux quand la maladie en est venue à ce point que les veines du membre sont dilatées et battent à la manière des artères; mais il n'en est pas toujours ainsi. Ces phénomènes se développent assez lentement; de plus, se manifesteraient-ils si la communication de l'artère avait lieu avec une veine profonde, comme dans l'observation que nous venons de citer? Le bruit de forge, qui a été donné pour un signe caractéristique de cette lésion, n'a plus une valeur aussi absolue depuis qu'il a été constaté qu'on l'avait rencontré dans des anévrysmes faux, sans communication avec une veine. Il n'est pas également facile de distinguer, dans tous les cas, un anévrysme variqueux d'un anévrysme faux, car l'un et l'autre se présentent avec des

caractères pour ainsi dire identiques. L'anévrysme variqueux n'est même, à proprement parler, qu'un anévrysme faux, une poche sanguine formée sur le trajet d'une artère, dans l'épaisseur du tissu cellulaire; la communication avec une veine, la seule circonstance qui lui donne un caractère particulier, ne se manifeste pas toujours d'une façon bien franche. Quand la tumeur s'est développée à la suite d'une saignée, quand le bruit de forge est très-prononcé, ce sont de fortes présomptions pour l'existence d'un anévrysme variqueux; mais la dilatation des veines et leurs battements sont les seuls signes évidents. Or, ces deux phénomènes sont encore bien plus lents à se manifester que dans la varice anévrysmale, et assez souvent même ils n'existent pas. Du reste, quelque difficile que soit ce diagnostic, il influe peu sur les moyens à employer dans les premiers temps qui suivent l'accident. La compression que nous avons indiquée comme la première mesure à prendre doit être continuée avec persévérance; quelle que soit la maladie qui existe, on peut en obtenir la guérison par ce moyen; mais il ne faut pas s'exagérer son importance : dans certains cas, les malades n'ont pu la supporter; dans d'autres, elle a produit une escharre de la peau, un large phlegmon de l'avant-bras, et le plus souvent elle a été impuissante pour amener la cure radicale de la tumeur. Si l'on doit toute confiance aux observations de succès obtenus par la compression, et rapportées par les Scarpa et les Boyer, il faut aussi rejeter ces faits merveilleux qui ne prouvent autre chose que l'ignorance de leurs auteurs. Ainsi on trouve cité, dans tous nos recueils, un cas de varice anévrysmale guérie à l'aide de la compression, par le docteur Browne, en quatorze jours; et il suffit de lire cette observation pour voir, de la manière la plus évidente, que la prétendue varice n'était autre chose qu'un trombus. Il faut employer la compression, parce qu'elle ne présente aucun inconvénient quand elle est convenablement appliquée, parce qu'elle n'exclut pas les autres moyens chirurgicaux; mais on doit être prévenu que son action est lente et incertaine. Au bout de plusieurs mois, si la maladie persiste et qu'il y ait au pli du bras une tumeur d'un certain volume, il devient très-important d'en préciser la nature; car si l'on constate que c'est une varice anévrysmale simple, il n'y aura point d'opération à pratiquer. Il faudra recommander au malade un usage modéré du membre, et continuer la compression encore pendant longtemps, en se rappelant que les exemples de guérisons rapportés par Guattani, Monteggia, n'avaient été obtenus qu'après cinq ou six mois de traitement. Mais si l'on a affaire à un anévrysme faux ou variqueux, la conduite du chirurgien doit être toute différente. A cette époque de la maladie, la compression qui n'a pas réussi serait encore impuissante; la tumeur prendra de jour en

jour un plus grand volume; une opération sera tôt ou tard indispensable, et nous pensons que la différer trop longtemps, c'est diminuer les chances de succès. Quant à savoir si l'anévrysme est simple ou variqueux, cela importe peu, car nous croyons qu'on doit, dans les deux cas, employer le même mode de traitement.

Il est aujourd'hui généralement admis que dans l'anévrysme variqueux il faut placer deux ligatures sur l'artère, l'une au-dessous, l'autre au-dessus de la tumeur; mais on conseille encore la ligature suivant la méthode de Hunter dans l'anévrysme faux. Nous ne partageons pas cette dernière opinion pour plusieurs raisons. Si une seule ligature à distance a plus d'une fois suffi pour obtenir la guérison de la maladie, fréquemment aussi il y a eu des récidives et des hémorrhagies consécutives; or, quelle était la cause de ces accidents? Le système artériel du coude présente à l'état normal des anastomoses larges et nombreuses, qui prennent encore un nouveau développement dans le cas d'un anévrysme un peu ancien, et, pour peu que la ligature soit éloignée, est-il rien de plus facile à comprendre que le retour du sang dans la tumeur? Ne faut-il pas encore admettre la possibilité d'une erreur de diagnostic? Et supposez que l'on ait pris pour un anévrysme simple un anévrysme variqueux : il n'est pas besoin de revenir sur les graves accidents que peut entraîner, dans ces cas, la méthode de Hunter; il existe dans la science trop de faits de ce genre. Pourquoi ne se conduirait-on pas alors comme si on avait toujours à traiter un anévrysme variqueux? Les parois artérielles saines, dans ce cas, le sont à bien plus forte raison quand l'artère seule est intéressée. Quant à la varice anévrysmale, qui, par son accroissement ou les accidents qu'elle déterminerait, exigerait une opération, elle devrait être traitée de la même manière. Depuis longtemps cette question n'est plus douteuse.

L. Voillemier.

CHIMIE ET PHARMACIE.

SUR LA DIFFÉRENCE D'ACTION DES SEMENCES DE RICIN ET DE LEUR HUILE.

Les semences de ricin servent en France, en Amérique, et dans plusieurs autres contrées, à l'extraction d'une huile fixe très-fréquemment employée en médecine comme purgative.

Les auteurs sont loin de s'accorder sur le siége et sur la nature du

principe actif en qui résident les propriétés cathartiques de ces semences. Voici comment s'exprime à ce sujet M. Guibourt :

« On a longtemps prétendu que l'âcreté plus ou moins marquée de cette huile ne résidait pas en elle-même, ou dans les lobes de l'amande, et qu'elle était due à un principe particulier, contenu soit dans la robe de la graine, soit dans le germe. Un des premiers, j'ai annoncé que la coque était insipide, que le germe n'avait pas une saveur beaucoup plus marquée que l'amande, et que l'amande privée du germe était âcre par elle-même.

« Dans les pays chauds, par exemple en Amérique, il paraît que cette âcreté est assez considérable pour qu'il soit nécessaire d'en priver l'huile en la faisant bouillir avec de l'eau. Et d'ailleurs il est constant qu'en Amérique les ricins sont presque tous mélangés de pignons d'Inde (semences du jatropha curcas), qui rendent cette opération encore plus nécessaire. Mais en France, où les ricins sont presque entièrement dépourvus d'âcreté, il est préférable d'en extraire l'huile par la simple expression à froid. »

Sur quelles données thérapeutiques cet habile pharmacologue s'appuie-t-il pour admettre que les ricins de France sont presque entièrement privés d'âcreté ? Je l'ignore. Serait-ce parce que l'huile des ricins de France, préparée à froid, soit à Paris, soit dans le midi de la France, n'offre que peu ou point d'âcreté ?

Je ne saurais décider la question ; mais ce que je puis affirmer, c'est que les ricins de France renferment, en proportion très-marquée, un principe âcre doué d'une énergie d'action très-remarquable.

M. Soubeiran conclut d'expériences qui lui sont propres que la composition chimique de l'huile de ricins est mal connue; toutefois il annonce en avoir retiré une matière oléo-résineuse d'une nature complexe, et qu'il considère comme analogue à la résine de l'huile d'épurge; aussi ne partage-t-il pas l'opinion des auteurs qui pensent que l'huile de ricins est purgative par elle-même. « L'huile de ricins, dit M. Soubeiran, est moins purgative que les semences qui l'ont fournie : c'est que l'huile qui s'écoule sous la presse entraîne comparativement moins de résine qu'il n'en reste dans le marc. » Cette observation paraît être commune aux semences du ricin, des *jatropha* et de l'*euphorbia lathyris*.

Je vais maintenant faire connaître quelques résultats thérapeutiques obtenus à l'aide d'une émulsion ricinique préparée avec les semences de ricins fraîches, qui démontreront d'une manière on ne peut plus évidente la vérité des assertions émises par mon savant maître et excellent ami.

Un de mes élèves, jeune homme fort et vigoureux, prit, le mois dernier, l'émulsion purgative suivante :

Semences de ricins fraîches, dépouillées de leurs coques	10	grammes.
Sucre	20	—
Eau commune	120	—
Eau de fleurs d'oranger	10	—

Deux heures s'étant écoulées sans que l'effet purgatif qu'il en attendait se manifestât, mon élève eut l'idée de faciliter l'action du médicament par l'ingestion d'un verre d'eau de Sedlitz. Dès lors l'effet ne se fit pas longtemps attendre, il fut pris d'abord d'un vomissement violent et presque incessant, avec déjection d'un liquide verdâtre. Le vomissement fut bientôt accompagné par des selles fréquentes, mais non colliquatives, avec expulsion de matières muqueuses blanchâtres. Cet état de choses persista près de trois jours; ni les opiacés, ni les boissons gazeuses froides, ni les cataplasmes, rien ne parut pendant longtemps pouvoir en abréger la durée. En un mot, l'effet éméto-cathartique fut tel, que l'indisposition de mon élève simula à s'y méprendre le choléra sporadique le mieux caractérisé, ainsi que me le fit judicieusement observer mon collègue et ami M. le docteur Costallat.

Comme l'on pouvait soupçonner que l'action des 10 grammes de semence de ricin avait été secondée par l'effet de l'eau de Sedlitz, j'ai prié MM. les docteurs Burguière et Arnal de vouloir bien vérifier, dans leur pratique, si cette supposition était ou non fondée. Voici leurs résultats :

Une émulsion renfermant seulement moitié de la quantité de semence de ricin contenue dans la précédente, c'est-à-dire 5 grammes, fut administrée par M. Burguière à un jeune homme bien constitué, lequel en éprouva 28 vomissements et 18 selles.

Une troisième émulsion, contenant seulement un gramme de semence de ricin, fut prescrite à une femme par M. Arnal. Eh bien! malgré la faible dose du principe ingéré, l'effet éméto-cathartique fut néanmoins des plus marqués.

De ce qui précède il résulte :

1° Que le principe oléo-résineux trouvé par M. Soubeiran dans la semence de ricin n'existe qu'en proportion très-faible dans l'huile de ricin, tandis qu'il existe en totalité dans l'émulsion de ces semences ;

2° Que les ricins de France renferment en grande proportion le principe âcre éméto-cathartique qui est propre à un grand nombre de plantes appartenant à la famille des euphorbiacées ;

3° Que l'émulsion de semence de ricin préparée avec seulement 20, 30 ou 50 centigrammes de semence constitue peut-être le purgatif le plus agréable au goût de tous ceux usités jusqu'à ce jour. Je dis peut-être, car pour qu'il en soit réellement ainsi, il faut admettre que l'effet vomitif de cette émulsion cesse complétement alors qu'on diminue convenablement la dose de la semence ricinique.

C'est un point que je n'ai pu encore éclaircir par l'observation clinique; mais tout fait présumer qu'il doit en être ainsi.

On sait que l'huile de croton-tiglium, simplement purgative à la dose d'une goutte, devient éméto-cathartique quand on dépasse cette faible dose; or, comme il est très-probable, pour ne pas dire sûr, que le principe actif du ricin est analogue, sinon identique, avec celui du croton, pourquoi n'en serait-il pas pour le ricin comme pour le croton?

MIALHE.

SUR LA PRÉPARATION DU SOUSACÉTATE DE PLOMB.

M. Leroy, pharmacien à Bruxelles, ayant proposé, dans le Journal de chimie médicale, de préparer l'extrait de saturne dans une terrine de terre vernissée, afin d'éviter l'action de l'acétate sur le cuivre des bassines ordinairement usitées à cet effet, cette communication a engagé M. Deschamps, d'Avallon, à faire connaître une modification avantageuse qu'il a depuis longtemps apportée au procédé ordinaire. Cette modification consiste à mettre dans les bassines de cuivre quelques morceaux de plomb, puis à faire bouillir jusqu'à ce que, après avoir employé :

Acétate de plomb cristallisé........	1500	grammes.
Litharge pulvérisée..............	500	—
Eeau distillée....................	4500	—
Feuilles de plomb coupées..........	q. s.	

on ait 5,810 de liquide, le plomb étant compris dans les tares de la bassine. La densité de l'acétate basique est alors exprimée par le trentième degré de l'aréomètre, comme il convient que cela soit.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOUVELLES CONSIDÉRATIONS PRATIQUES ET THÉRAPEUTIQUES SUR LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE DANS LE MIDI DE LA FRANCE.

En préconisant le musc dans la fièvre typhoïde (1), nous ne prétendons pas à une innovation ; nous savons que Reid, Cullen, Fuller, Mertens, notre maître Alibert, J.-P. Franck, Odier, Récamier, Marcus, l'avaient déjà essayé ; mais comme aucun de ces praticiens n'a continué cette expérimentation, comme par conséquent aucun n'a déterminé l'opportunité du remède en même temps que les circonstances qui le réclamaient, il n'était véritablement jamais entré dans la thérapeutique des fièvres typhoïdes, qui nous devra d'avoir indiqué exactement le rang et la place importante que ce remède doit occuper dans le traitement de cette maladie.

En ce moment, la malade typhode à qui j'administre le musc est la dix-neuvième; et quoique nous ne puissions en déterminer tout le résultat, puisque la maladie n'est point terminée, son effet sur les tremblements, les convulsions, le délire, a été si prompt, qu'à la troisième cuillerée, dirent les assistants, il a été manifeste (2). Mais sur les dix-huit cas antérieurs, l'action médicamenteuse a été incontestable sur seize, quoique trois du nombre dix-huit aient succombé. La première, Françoise..., de Sainte-Tulle, est prise tout à coup, après avoir nettoyé un cloaque infect, de délire, convulsions, perte complète de connaissance, trismus, opistothonos, contraction des pupilles ; demeure dans cet état malgré l'eau fraîche sur la tête, les sangsues aux mastoïdes, les sinapismes, les vésicatoires ; tandis qu'elle revient à la raison et se calme entièrement par l'usage du musc, qui cependant n'empêcha pas qu'elle suc-

(1) Voyez la dernière livraison, t. XXIV, p. 438.

(2) Antoinette Reynaud, du village de Pierrevert, que nous désignons ici, est aujourd'hui parfaitement rétablie. Cette fille, venant de Riez où elle était cuisinière, fut aussitôt prise de la maladie, bien que dans ce village il n'y eût eu encore aucun cas grave. Les douleurs, la confusion dans la tête étaient d'autant plus fatigantes, que la fièvre avec paroxysme le soir était très-forte. Cette fille était très-robuste et malade pour la première fois; le sang fut couenneux, et la fièvre ne fut modérée qu'après une persévérance soutenue dans les évacuations sanguines. Tout annonçait cependant une convalescence prochaine, lorsque l'ataxie se manifesta, et elle fut si grave, qu'elle a paru étonner le village, surtout la manière dont ma bouteille, comme ils disent, l'a guérie *deis occidens*, ainsi qu'ils appellent les convulsions, du verbe *occidere*, sans doute.

combât ensuite aux progrès ultérieurs des phénomènes abdominaux. La seconde, religieuse de la Présentation, était agonisante lorsque nous la vîmes ; délire, coma, massitation ; des hémorrhagies intestinales avaient eu lieu, le météorisme extrême, le pouls fréquent, la chaleur vive. Le musc, de la bonté duquel nous pouvons néanmoins douter, fut complétement impuissant. Pareillement chez Delphine Bréougne, du village de Dauphin, le délire, les soubresauts, la massitation, le rire sardonique, développés après le météorisme, et quelques taches pétéchiales, ne furent en aucune manière modifiés par la potion musquée.

Au contraire, Giraud, le premier, en 1839, à qui je l'ai administrée, fut aussitôt calmé, recouvra sa raison le soir même, tandis que les soubresauts des tendons, le délire, étaient auparavant permanents, et que sa femme l'avait trouvé le matin levé et accoudé sur sa fenêtre. Mlle L..., que l'on trouva droite, immobile devant son placard, en ressentit aussitôt l'influence. Chez Bartholot, de Sainte-Tulle, et chez Mme M......, qui avaient plus de fièvre et de chaleur, les effets furent un peu moins rapides. Enfin, chez Mme P... il suffisait de suspendre le musc pour voir reparaître le trouble dans les idées, l'oppression pulmonaire, l'anxiété cardiaque, etc.; tandis que lorsque, malgré les doses musquées ordinaires, le délire persistait, un lavement avec 15 centig. de musc en triomphaient merveilleusement.

Aussi, règle générale, l'action du musc se faisait sentir d'autant plus promptement que la forme ataxique était plus pure, c'est-à-dire moins compliquée de phénomènes inflammatoires locaux ou généraux. Ce qui pourtant ne veut pas dire que le musc aggrave ou contrarie l'état phlogistique, parce qu'en pareil cas, et pendant son usage, nous avons manifestement reconnu son action sédative. C'est au contraire cet état inflammatoire qui semble atténuer ses effets ; aussi son action est d'autant plus efficace et rapide, que le pouls est plus concentré et la température de la peau moins élevée.

Nous savons que Cullen et Pringle donnaient le musc à grandes doses dans la goutte remontée ; que Cabanis le donna à Mirabeau jusqu'à 2 grammes ; que M. Récamier le préconise à hautes doses dans la pneumonie. Cependant, nous n'avons jamais dépassé 40 centigrammes dans les vingt-quatre heures, et souvent nous avons vu ses effets à 10 centig. Giraud, Mlle L..., n'en avaient pas pris davantage.

En résumé, l'on doit comprendre que l'on peut obtenir des résultats fort différents en employant le musc, suivant qu'il sera administré dans des cas mortels déjà par les lésions abdominales, pulmonaires, etc., ou dans des cas où le trouble nerveux existe avec de moins graves complications. Cependant il est fort difficile, pour ne pas dire impossible, en

pratique, de prévoir l'issue de ces cas; car, d'une part, le météorisme peut exister sans ulcération et sans péritonite; de l'autre, il est incontestable que les ulcérations peuvent guérir, et qu'il n'est pas démontré que certaines péritonites par perforation ne puissent se terminer par adhérences, et partant par la guérison. Ainsi, pour parler avec les faits, si Delphine Bréougne et la religieuse ont succombé, M[me] A......, de Sainte-Tulle, la femme Sabes, de Volx, M[me] P..., etc., qui avaient offert les symptômes abdominaux les plus alarmants, ont parfaitement guéri, et le musc a chez elles constamment amendé les symptômes nerveux surajoutés. Donc le musc, dans ces cas, peut être encore utile; seulement il ne faudrait pas l'accuser d'impuissance lorsque évidemment il ne serait qu'insuffisant, impropre qu'il est pour agir sur les états pathologiques organiques.

Non-seulement nous avons reconnu avec les médecins les plus éclairés de l'époque l'inutilité et les inconvénients des vésicatoires pour combattre les accidents typhoïdes, tels que délire, coma, etc.; mais par l'abus qu'en fait la pratique vulgaire et l'aveugle routine, nous avons pu constater les plus fâcheux résultats amenés par la multiplicité des douleurs en même temps soulevées, douleurs qui réagissent sur l'encéphale, des centres nerveux sur le cœur; car la fièvre, la chaleur, sont accrues; alors les organes phlegmasiés, loin d'être soulagés, ne reçoivent qu'un afflux sanguin nouveau et des douleurs nouvelles. Ainsi donc, réservons-nous les vésicatoires pour des cas particuliers, mais rares, où il est besoin de dévier une fluxion hypérémique, ou encore de révulser une phlegmasie accidentelle à son déclin; mais cela, autant que faire se peut, lorsque les symptômes de phlogose générale se sont amendés.

On appelle, dans ce pays, fièvre muqueuse, je ne sais pourquoi, à peu près toutes les espèces de fièvres typhoïdes, mais surtout une autre variété qui est caractérisée par une fièvre tout aussi forte et persistante, avec la langue blanche jaunâtre d'abord, mais bientôt après pointue, lisse et pointillée, et souvent d'une rougeur comme scarlatineuse, se recouvrant et se dépouillant alternativement d'un enduit pseudo-membraneux blanchâtre, que le malade rend par la bouche et quelquefois avec les selles. La fièvre, la céphalalgie et les paroxysmes sont souvent très-forts, la chaleur est ardente, la constipation opiniâtre; par conséquent, rien ne témoigne la fièvre catarrhale, pituiteuse des anciens, le morbus mucosus de Rœderer, la febbre glottinosa de Sarcone, la febris pituitosa de Stoll, pas plus que la fièvre muqueuse de Grimaud, de Pinel, de M. Chomel, etc. Ce nom ou un autre, peu importerait cependant, si déjà dans la science il n'avait eu une autre acception. Aussi, pour ne pas confondre la forme que nous décrivons avec celle des auteurs, som-

mes-nous obligé de l'indiquer, et de proposer de l'appeler, par exemple, fièvre typhoïde gastro-érythémateuse, dénomination qui résumerait assez bien les phénomènes morbides généraux et les caractères gastriques particuliers. D'ailleurs, ce qui éloigne plus encore cette variété typhoïde de la fièvre muqueuse des auteurs, c'est la nature du traitement. En effet, dans ce cas-ci, les antiphlogistiques directs ou indirects peuvent seuls réussir; car l'observation atteste journellement que les saignées, comme nous les avons indiquées, le sirop d'orgeat, l'eau froide, la glace, le petit-lait, la tisane de poulet, d'agneau, gommée, l'huile d'amandes douces, les lavements huileux, etc., suffisent ordinairement pour amener la guérison. Cependant, lorsque la fièvre persiste vingt-cinq, trente, trente-cinq jours, que la peau est toujours sèche et chaude, les bains entiers tièdes très-prolongés sont devenus nécessaires, mais suffisent pour l'ordinaire pour détruire cette persistance fébrile ; car dans cette forme typhoïde, qui présente aussi une faiblesse extrême, une indifférence profonde, un abattement physique et moral, l'atonie et l'adynamie ne surviennent point, et le météorisme, fort rare, présente rarement de gravité.

Ces phénomènes symptomatiques se résument sur la muqueuse gastro-intestinale dans la fièvre et ses paroxysmes, qui persistent quelquefois jusqu'au cinquantième jour et plus dans les cas négligés, ou chez des malades traités dans le début avec trop peu de rationalisme.

Quant à la forme adynamique, étant fort rare dans la contrée où nous observons, nous avons trouvé difficilement l'occasion de donner les toniques, et partant, notre pratique à cet égard ne peut changer en rien ce que l'on en sait aujourd'hui. Il nous suffira donc de dire qu'à la fin de certains cas de fièvre typhoïde avec atonie générale, diarrhée passive, nous avons imité quelquefois avec succès M. Chomel, en donnant l'extrait mou de quinquina. Après des hémorrhagies intestinales abondantes, nous avons retiré quelques services de ce médicament, n'ayant guère reconnu, en pareil cas, au rathania, au monésia, au cachou, que des vertus analogues par leur action tonique.

Tels sont nos moyens, mais appropriés aux antécédents, au moment, aux circonstances, aux phénomènes prédominants, à leur persistance, à la violence des symptômes, à la force, l'âge du sujet, etc., combinés suivant les variétés morbides, les nuances individuelles, les symptômes qui se rencontrent, ceux qui se surajoutent, et toujours secondés par une diète proportionnée à l'état des forces dont le pouls seul nous donne la mesure ; et comme il nous est impossible d'entrer dans les détails que nécessiterait ce sujet de pratique, si peu étudié encore, nous nous bornerons à ajouter que la diète est très-austère tant que le pouls est élevé et fré-

quent, la chaleur vive, ou qu'il existe encore des paroxysmes fébriles prolongés. Chez Mme P..., à qui l'on avait donné du bouillon jusqu'au vingt-neuvième jour de la maladie, nous fûmes obligé de le faire suspendre à cette époque. Aussi n'est-ce qu'alors que les symptômes inflammatoires sont éteints, alors que se manifeste la sédation fébrile, que les bouillons de poulet, d'agneau, de veau, le bouillon de mouton, de bœuf coupé avec de l'eau gommée ou du lait, du lait d'ânesse, ont souvent été les dernières tisanes et les premiers aliments. Puis les crèmes de riz, de sagou, de tapioka, de salep, d'arrow-root, des purées au gras ou au maigre, les gelées animales et végétales, les blancs mangers, les fruits cuits, étaient conseillés suivant la sensibilité individuelle de l'estomac, son irritabilité acquise, et surtout les essais déjà faits. L'eau sucrée, la limonade vineuse, après les hémorrhagies intestinales, ont eu leur application, et nos vins rouges de Provence, chargés de tannin, sont peut-être plus particulièrement utiles.

En terminant, nous désignerons un dernier phénomène inhérent à la fièvre typhoïde, et que nous n'avons, si notre souvenir est fidèle, vu décrit nulle part : c'est une paralysie partielle ou générale se manifestant à la fin de quelques cas fort graves et fort longs. Les articulations, sans avoir été douloureuses, deviennent raides et inflexibles, comme après certains rhumatismes ; les doigts surtout semblent momifiés, et sont en tout comparables à ceux d'un membre qui aurait resté trop longtemps dans un appareil de fracture. Or, ne serait-ce pas dans ce cas aussi la longue immobilité, la persistance de la fièvre, qui arrêteraient les sécrétions des synoviales articulaires et des bourses tendineuses, puisque cette raideur ne se dissipe qu'alors que revient l'activité de la circulation capillaire, et avec elle la nutrition et les sécrétions ?

DAUVERGNE, D. M.,
Médecin de l'hôpital de Manosque (Basses-Alpes).

RÉCLAMATION AU SUJET D'UN ARTICLE SUR LE TRAITEMENT DU CROUP.

Monsieur et très-honoré confrère, il y a quelques jours, seulement, j'ai eu connaissance d'un nouvel article sur le traitement de la *diphthérite*, inséré au *Répertoire médical*, page 228 du *Bulletin général de Thérapeutique*, livraison des 15 et 30 mars 1843, lequel exige de ma part une courte réponse que je vous prie, dans l'intérêt de la science, d'enregistrer dans les colonnes de votre intéressant journal.

L'auteur de cet article, qui ne répond à aucune des objections et à

aucun des raisonnements à l'aide desquels j'ai combattu ses réflexions critiques contre la méthode thérapeutique employée par les médecins de Tours dans le traitement du croup, semble se plaire à tourner dans un cercle vicieux en évitant d'aborder la question principale, celle de la nature spéciale de la maladie. Tant que certains médecins, à l'exemple de mon honorable antagoniste, s'obstineront à ne considérer l'angine *pseudo-membraneuse* que comme une phlegmasie ordinaire, ils ne voudront pas comprendre qu'on puisse la traiter par une médication topique *substitutive*. Et cependant c'est là, selon moi, le point capital, une cause essentielle de divergence entre des opinions d'ailleurs également consciencieuses. Or, nous soutenons, nous, que la très-grande majorité des cas réputés *croups*, traités et guéris par les antiphlogistiques, les vomitifs, les antispasmodiques, les frictions mercurielles, les révulsifs cutanés, etc., n'étaient autres que des cas d'angine *striduleuse;* car, encore une fois, nous avons sur nos adversaires le triste avantage de pratiquer dans un pays où l'affection *diphthéritique*, si bien décrite par M. Bretonneau, s'est présentée à nous sous toutes les formes, et presque sans interruption, depuis vingt-cinq ans, soit épidémiquement, soit d'une manière sporadique. Nous avons donc en notre faveur une expérience basée sur un très-grand nombre de faits bien observés et de nécropsies exactes. Voilà pour le diagnostic!

Pour ce qui est du traitement, devrons-nous répéter à satiété que c'est pour ainsi dire en désespoir de cause, et après avoir essayé un grand nombre de fois, et presque toujours sans succès, les différentes méthodes curatives dont parle l'auteur de la nouvelle note, qu'il nous a bien fallu recourir à une autre médication plus efficace, et que nous l'avons rencontrée dans la cautérisation? Qu'importe que cette médication soit taxée d'*irrationnelle*, parce qu'elle sera unique et absolue, si, en définitive, c'est elle qui nous aura procuré le moins de mécomptes? La meilleure méthode est celle qui guérit, et la génération médicale actuelle se convertit chaque jour davantage à l'opinion, qu'un empirisme éclairé l'emporte le plus souvent en heureux résultats sur le rationalisme le plus sage en apparence. J'ai d'ailleurs prouvé que je n'étais pas exclusif, en reconnaissant que les vomitifs pouvaient être utiles, ne fût-ce que pour favoriser ou déterminer l'expulsion des fausses membranes.

Le médecin dont je combats l'opinion ne reconnaît d'efficacité à la médication topique *que dans certaines circonstances,* et seulement dans une période avancée de la maladie, *pour modifier la sécrétion pseudo-membraneuse*, et il croit que dans la période initiale on éteindra l'inflammation et l'on évitera ses conséquences à l'aide des

antiphlogistiques et des frictions mercurielles. Notre expérience est contraire à cette illusion, et nous n'avons eu que trop d'occasions de vérifier combien peu il faut compter sur de semblables assertions. La méthode antiphlogistique est complétement insuffisante, sinon nuisible, dans le traitement de l'inflammation diphthéritique, dont elle favorise plutôt qu'elle n'empêche l'extension, à quelque période de la maladie qu'on l'applique.

Je borne là les observations que j'avais à faire sur un sujet qui exigerait de plus longs développements. Mais elles me paraissent suffisantes pour établir que les praticiens de Tours comprennent bien autrement que certains médecins une question qui, selon moi, n'a été mieux élucidée que dans le pays qu'on peut regarder en quelque sorte comme son véritable berceau.

Veuillez agréer, etc. A. Haime, D. M. P.
Prof. de pathol., interne à l'école de médecine de Tours.

Réponse. — Nous sommes plus près de nous entendre que ne semble le croire notre honorable confrère. Rien, en effet, dans ce que nous avons écrit sur le croup, ne peut porter à penser que nous regardions cette maladie comme une phlegmasie *ordinaire*. Première accusation tout à fait dénuée de fondement. Ce que nous avons dit, et ce que nous soutenons encore aujourd'hui, c'est que la médication topique substitutive, dont nous reconnaissons les avantages, ne peut, ne doit pas être employée seule et exclusivement dans le traitement du croup ; qu'il y a dans cette maladie d'autres éléments que le terrible élément fausse membrane, dont il faut tenir compte ; que les phénomènes plus ou moins intenses de réaction générale peuvent être favorablement modifiés par les saignées, les révulsifs internes ou externes, et aider puissamment l'action spéciale et locale de la médication topique ; que dans une maladie aussi rapide dans sa marche, aussi fréquemment funeste dans sa terminaison, le médecin ne remplirait pas tous les devoirs que sa mission lui impose en bornant sa thérapeutique à un seul agent, à un procédé unique ; que par ce procédé *employé seul*, d'ailleurs, on n'a pas obtenu des succès tellement évidents, tellement nombreux, que l'on soit autorisé à borner là les secours dont on peut disposer. Voilà le sens, si ce n'est le texte de ce que nous avons dit, et nous n'éprouvons pas le besoin d'en retrancher un mot.

Nous ajoutons aujourd'hui que notre honorable contradicteur aurait pu dire qu'à part les émissions sanguines, presque complétement rejetées par M. Bretonneau, les principes que nous soutenons sont ceux de ce praticien célèbre ; que, depuis ses beaux travaux, il est peu de mé-

decins, s'il en existe, qui confondraient aujourd'hui l'angine stridu-leuse avec l'angine pseudo-membraneuse, et enfin que, comme nous, M. Bretonneau ne borne pas sa thérapeutique à la cautérisation, mais préconise encore les révulsifs, les vomitifs, les vésicatoires sur les côtés du larynx, le calomel, etc., tous moyens que ce grand praticien a contribué à populariser. (*Note du Réd.*)

BIBLIOGRAPHIE.

Guide du médecin praticien, ou Résumé général de pathologie interne et de thérapeutique appliquées; par F. L. J. Valleix, *médecin du bureau central des hôpitaux, etc.* — Tomes I et II : *Maladies des voies respiratoires.*

Nous avons déjà appelé l'attention de nos lecteurs sur cette publication de M. Valleix, publication sérieuse, importante, où la critique éclairée des faits et des opinions s'allie à une exposition aussi complète que possible de la science, faite surtout à un point de vue pratique trop négligé dans plusieurs traités dogmatiques.

Les deux premiers volumes de cet ouvrage sont consacrés aux maladies des voies respiratoires, dont la simple énumération serait ici trop longue. Chaque maladie dont l'auteur a traité est envisagée sous tous les points de vue divers, et, pour donner au lecteur une idée du soin que M. Valleix apporte à son travail, voici l'exposé des articles divers qu'il a consacrés à l'histoire d'une seule maladie, de la pneumonie aiguë, par exemple. Il a successivement traité de sa définition, de sa synonymie, de sa fréquence; de ses causes; de ses symptômes et des formes diverses de la pneumonie primitive et consécutive; de sa marche, de sa durée, de sa terminaison; des lésions anatomiques; du diagnostic; du pronostic; de son traitement, dans lequel l'auteur passe en revue toutes les méthodes, tous les traitements des formes particulières de la pneumonie; il termine par un résumé général et par des *ordonnances* applicables aux divers cas qui peuvent se présenter.

Nous nous hâtons de dire, et nous l'avons déjà fait pressentir dans les premières lignes de cet article, que sur tous ces points M. Valleix ne se borne pas à une simple énumération de faits et d'opinions, à mettre les idées d'un praticien en regard des idées d'un autre; son ouvrage a une autre portée que celle d'une compilation; on y trouve toujours une appréciation raisonnée, une critique judicieuse, un jugement motivé sur

les faits et les opinions, qui mettent le lecteur en état de choisir avec discernement et de se décider en connaissance de cause.

Nous citerons encore en exemple la discussion à laquelle il s'est livré à l'occasion des saignées coup sur coup dans le traitement de la pneumonie, discussion pleine de mesure et de sagesse, qui, si elle n'est pas favorable aux opinions de M. Bouillaud, permet au lecteur de comprendre les graves objections qu'on peut opposer à la pratique du médecin de la Charité. Nous citerons encore l'article *Emphysème*, maladie qui a fait le sujet de discussions récentes, et que M. Valleix a traité de manière à dissiper quelques doutes, quelques incertitudes qui l'environnent; l'article *Bronchite*, où toutes les formes si diverses et quelquefois si graves de cette maladie sont exposées avec de grands développements.

Les *ordonnances*, que M. Valleix, à l'imitation de quelques pathologistes allemands, a introduites dans le traitement, sont une innovation heureuse et dont les praticiens sentiront l'utilité. Elles sont d'ailleurs presque toujours empruntées aux plus grands maîtres, et ce choix même a été fait avec un grand discernement.

Nous le répétons avec plaisir, l'ouvrage que publie M. Valleix mérite à un haut degré l'attention des praticiens. C'est une des meilleures et des plus utiles productions de l'époque; continuée sur ces errements, nous lui prédisons le succès qu'elle mérite.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Emploi du nitrate de potasse à haute dose dans un cas de rhumatisme aigu, compliqué d'endocardite et de méningite. — M. Martin Solon emploie, depuis plusieurs années, contre l'arthrite aiguë, le nitrate de potasse à la dose, pour vingt-quatre heures, de 30 ou 40 grammes dissous dans trois pots de limonade ou d'infusion pectorale sucrée. Selon lui, les rhumatismes articulaires aigus les plus intenses cèdent en cinq à huit jours à cette médication, lorsqu'ils sont simples. Avant de publier ses observations, ce praticien veut apprécier l'emploi du médicament dans les cas compliqués où les autres traitements éprouvent de l'embarras et des difficultés. C'est le moyen de mieux connaître la médication, d'étudier et de prévenir les objections qu'elle pourrait soulever.

Un garçon marchand de vin, âgé de vingt et un ans, d'une constitution lymphatique, au cou stigmatisé de cicatrices strumeuses, habitant Paris depuis dix-neuf mois, s'y portait assez bien, et n'avait jamais

éprouvé d'affection rhumatismale, quand, sans autre cause qu'un refroidissement occasionné par les inconvénients de sa profession, il éprouva, le 25 juin, des douleurs articulaires qui l'obligèrent à garder le lit. Entré le 29, sans avoir encore fait de traitement, nous le trouvons dans l'état suivant : régions malléolaires rouges, tuméfiées et douloureuses ; cous-de-pieds immobiles ; genoux sans rougeur, mais douloureux et augmentés de volume par un épanchement abondant qui soulève les rotules ; gaînes tendineuses des muscles fléchisseurs de la jambe douloureuses à la pression ; facies non injecté, épistaxis de quelques gouttes, 120 pulsations sans dureté bien notable, sensation douloureuse derrière le sternum, battements du cœur forts, accompagnés de résonnance tympanique, les deux bruits sont sourds et ne présentent point de différence dans leur timbre ; appareil digestif dans un état satisfaisant. — 30 grammes de nitrate de potassse pour 3 pots d'infusion pectorale, etc.

30 juin. Le nitrate de potasse, mal dissous, est en partie resté au fond des vases, et n'a pas été entièrement pris. 104 pulsations, état stationnaire des douleurs ; les bruits du cœur sont plus sourds, ils semblent se faire dans un tissu de coton ; point de voussure, point de matité anormale de la région précordiale. — Nitrate de potasse ; quatre ventouses sur la région précordiale.

Le nitrate de potasse est toléré ; les douleurs articulaires s'améliorent de jour en jour ; une tuméfaction rhumatismale survenue au poignet gauche se dissipe presque aussitôt après son apparition. Le pouls ne donne plus que 96 battements ; le cœur revient à l'état normal, l'urine se charge de nitrate de potasse. — Des potages et un échaudé sont accordés aux instances du malade le 7 juillet.

Il a été exposé à un courant d'air le 8, et se trouve moins bien ; 108 pulsations. — Nitrate de potasse, cataplasme sur la région précordiale, lait et bouillon.

9 juillet. Délire pendant la nuit, face cyanosée, anxieuse, réponses vagues et incohérentes ; le malade est maintenu par la camisole ; 112 pulsations, veines des membres très-dilatées, percussion précordiale indolente, normale à gauche, étendue de quelques centimètres de plus à droite ; battements du cœur énergiques comme les jours précédents, bruits redevenus sourds ; articulations dans un état satisfaisant. — Suppression du nitrate de potasse, saignée du bras, ventouses sur la région précordiale, tisane pectorale édulcorée ; diète.

On néglige de pratiquer la saignée ; les ventouses ont heureusement donné 220 grammes de sérosité et de caillot. La cyanose est diminuée et le délire moindre.

Les jours suivants on pratique deux saignées du bras, on applique des ventouses et des sangsues derrière les oreilles, on prescrit de l'huile de ricin, des cataplasmes sinapisés sur les cous-de-pieds et les genoux, qui sont dans l'état normal. Ces moyens dissipent peu à peu les accidents cérébraux, font cesser l'état tomenteux des bruits du cœur, diminuent la force de son impulsion, ramènent à 90 les battements du pouls, et mettent le malade en convalescence le 20 juillet.

Bien qu'un des moins favorables au traitement du rhumatisme aigu par le nitrate de potasse à haute dose, puisque l'arthritis se guérissait seulement le huitième jour, ce fait cependant prouve l'efficacité de la médication, car, sous son influence, il n'y a qu'une nouvelle articulation qui soit devenue momentanément douloureuse, et les autres se sont graduellement améliorées. Quant à l'endocardite, elle existait dès le début du traitement, et sa présence avait déterminé l'application des ventouses sur la région cardiaque : le nitrate de potasse ne l'a pas modifiée. On n'attribuera pas la méningite au traitement, cette complication n'ayant point été observée dans les nombreux cas d'arthritis guéris par le nitrate de potasse. La gêne de la circulation, et plus encore la loi pathologique qui détermine la propagation de l'inflammation dans des tissus qui se rapprochent par leur structure, ont pu donner lieu au développement de la nouvelle maladie. Dans tous les cas, cet accident s'est dissipé tout aussi facilement sous l'influence des antiphlogistiques, que dans toute autre circonstance où le nitrate de potasse n'aurait pas été employé d'abord; peut-être même doit-on penser que ce sel n'a pas été étranger à la terminaison heureuse et rapide de la méningite. En effet, on ne voit guère d'affection aussi compliquée et aussi grave se terminer en trois septénaires. Ce résultat tient peut-être à une modification que le sang éprouverait par l'action du nitrate de potasse, ce que l'inspection des deux saignées a pu faire apprécier.

En examinant la saignée pratiquée le 10 juillet, quarante-huit heures après la cessation de l'usage du nitrate de potasse, les accidents cérébraux et fébriles ayant presque encore toute leur intensité, M. Martin Solon a trouvé 400 grammes de sang présentant la moitié de son volume de sérosité, dans laquelle nageait un caillot très-diffluent, et dont la surface était recouverte, *en partie seulement*, d'une couenne dense, mais de deux millimètres d'épaisseur au plus. On ne retrouve point dans cette description l'aspect du sang que l'on obtient dans le rhumatisme aigu et dans la méningite. La fibrine y était certainement en moindre quantité. La diminution de ce principe était-elle due au nitrate de potasse? On pourrait le penser, par l'examen de la seconde émission sanguine. En effet, cette saignée, de 170 grammes, pratiquée le 18 juillet, lorsque

depuis dix jours ce malade ne prenait plus de nitrate de potasse, présentait bien une proportion de sérosité et de caillot semblable, mais celui-ci était dense et plastique, une couenne de plus de deux millimètres d'épaisseur recouvrait *la totalité* de sa surface. La fibrine y était donc proportionnellement plus abondante.

Est-ce en modifiant le sang que le nitrate de potasse agit dans le rhumatisme? M. Martin Solon est porté à le penser d'après quelques expériences; mais il faudrait un plus grand nombre de faits pour démontrer cette opinion.

Ulcère variqueux de la jambe.— Guérison à l'aide du cataplasme.— Souvent les moyens les plus simples donnent en thérapeutique des résultats inattendus, quand on sait en régler l'usage sur des indications précises. Le fait suivant prouvera la vérité de cette proposition.—Au nº 31 de la salle Saint-Louis, à l'hôpital de la Pitié, est couché un homme d'une constitution forte et d'un tempérament sanguin, âgé de cinquante ans environ; il présente sur les jambes une dilatation variqueuse considérable de veines sous-cutanées. Sur la jambe gauche de cet individu existe, entre la malléole interne et le mollet, un ulcère variqueux que la marche a enflammé : sa surface est livide, saignante et douloureuse à la moindre pression; ses bords sont durs, tendus et rouges : quelques douleurs existent d'une manière intermittente sous l'épaisseur du membre; la marche est difficile. L'ulcération a près de six centimètres d'étendue en hauteur, et trois seulement de largeur.— Malgré l'étiologie bien manifeste de cette ulcération et la presque certitude qu'elle donnait de l'insuffisance d'un moyen thérapeutique aussi simple que le cataplasme, M. Lisfranc, sans se dissimuler d'ailleurs la nécessité d'un traitement plus actif, eut cependant recours à l'application de cataplasmes émollients, en vue de combattre et de détruire l'inflammation des parties molles, se proposant, une fois ce but atteint, de recourir à un ordre de moyens plus efficaces.—L'inflammation, comme on l'avait prévu, fut bientôt dissipée, les bords de l'ulcère s'affaissèrent, et déjà le chirurgien songeait à mettre en usage un autre traitement, quand il s'aperçut d'un commencement de cicatrisation. On continua les émollients, et aujourd'hui les trois quarts de l'ulcération se sont cicatrisés. Trois semaines ont suffi pour atteindre ce résultat, le seul de ce genre que M. Lisfranc se rappelle avoir obtenu dans les cas d'ulcères variqueux.—La cicatrice chez notre malade n'est pas déprimée, rouge-violacée et adhérente, comme cela s'observe si souvent dans ces vieilles solutions de continuité; elle est blanche au contraire, souple, et se continue avec les téguments voisins, sans la moindre dé-

pression. Faut-il attribuer à la nature du topique dont on fit usage ce mode avantageux de cicatrisation ? c'est l'expérience qui le prouvera.— La petite portion d'ulcère qui n'est pas encore fermée nous a paru en voie de guérison prochaine. On continua donc l'emploi du cataplasme, auquel d'ailleurs on renoncerait si, comme cela peut arriver, il cessait d'être efficace, ce qui, dans l'espèce, ne nous semble pas probable. Ce fait pourra paraître bien petit aux yeux des personnes pour lesquelles la chirurgie n'a d'intérêt que par la hardiesse de ses combinaisons opératoires et la forme insolite des lésions organiques qui en réclament l'application ; mais le praticien qui sait par expérience les avantages que procure la guérison prompte d'une maladie simple, qui s'observe chaque jour, et qui résiste souvent avec opiniâtreté aux moyens généralement conseillés, sera, nous en sommes certain, d'un avis tout différent.

Sur la prétendue action spéciale du tartre stibié et de l'huile de croton sur la peau du scrotum et de la verge. — On a récemment publié des faits qui tendraient à établir que le tartre stibié appliqué sur la peau d'un point quelconque du corps aurait une action spéciale sur la peau des organes génitaux. Une analyse attentive de ces faits suffit pour être convaincu que, dans les cas cités mêmes, ce n'est pas en vertu de l'absorption du tartre stibié, d'un travail général de l'économie, d'une sorte d'élection pathogénique, que les pustules du scrotum se développent, mais bien par un transport direct de la substance médicamenteuse. Le tartre stibié développe une sensation plus ou moins pénible sur la partie où il est appliqué, qui engage le malade à y porter les mains. Ce sont les mains qui, venant ensuite toucher la verge ou le scrotum, transportent sur ces points le principe de l'éruption. A l'appui de ces remarques nous pouvons citer ce qui s'observe très-fréquemment à l'hôpital des Vénériens, dans le service de M. Ricord. Ce chirurgien fait un grand usage de l'huile de croton-tiglium dans le cas de rhumatisme chronique, de douleurs rhumatoïdes, dans certains engorgements indolents, etc. Eh bien, il est à remarquer que chez le plus grand nombre des malades qui sont soumis à ces frictions sur des parties plus ou moins éloignées des organes génitaux, on observe des éruptions sur le scrotum ou sur la peau de la verge, et souvent, à cause de la sensibilité de la peau de ces parties, plus intense sur ces régions que sur les points frictionnés eux-mêmes. M. Ricord crut un moment qu'il y avait effectivement un effet consécutif de l'huile de croton sur la peau des organes génitaux, effet qui semblait être le résultat de l'absorption du médicament; mais en observant de plus près, en recommandant après les frictions d'isoler ces parties, de les

recouvrir et d'empêcher que les mains ne vinssent puiser là et transporter sur d'autres points l'agent pathogénique, on a pu se convaincre que l'huile de croton n'avait aucune action sur la peau des organes génitaux par voie de sympathie. C'est un point parfaitement établi.

Mais un fait qui n'a point été observé, que nous sachions, et qui mérite une certaine attention, s'est présenté tout récemment dans le service de clinique de M. Ricord, à l'hôpital des Vénériens. Un malade fut reçu pour être traité d'une arthrite dite blennorrhagique ; la période aiguë passée, on fit pratiquer des frictions avec vingt gouttes d'huile de croton sur chaque genou ; on eut bien soin, après chaque friction, de recouvrir les parties de manière à empêcher tout transport direct sur les organes génitaux. Ces frictions répétées trois fois, à huit ou dix jours d'intervalle, ayant chaque fois déterminé une éruption eczémateuse très-vive sur les genoux, donnèrent lieu aussi chaque fois à des accidents, du côté de la vessie, parfaitement analogues à ceux que détermine l'absorption des cantharides.

Ajoutons, à propos de l'action purgative par la peau qu'on a prêtée à l'huile de croton, que M. Ricord, qui plus de cent fois l'a employée largement en frictions, et qui quelquefois en a usé en applications sur d'assez larges ulcères rebelles à toute médication, dans le but d'y déterminer une modification dans le sens de celle que les érysipèles spontanés amènent, et qui est favorable, n'a jamais observé, dans aucun de ces cas, le moindre effet purgatif.

Tumeur de la grande lèvre du côté droit. — Opération. — Au numéro 30 de la salle Saint-Augustin est couchée une femme de quarante ans, d'une constitution forte et d'un tempérament nervoso-sanguin : cette femme porte dans l'épaisseur de la grande lèvre du côté droit une tumeur du volume d'un œuf, dont elle ne sait pas trop préciser la cause et le début. M. Lisfranc fait remarquer que les diverses tumeurs qu'on rencontre à la vulve reconnaissent souvent pour cause une irritation habituelle de cette région; il n'est pas rare, en effet, ajoute-t-il, d'observer à la vulve des démangeaisons opiniâtres qu'entretient le frottement produit soit par la marche, soit par les vêtements, et qui donnent lieu à des érosions à la suite desquelles on voit les tissus qui en sont le siége s'hypertrophier et être atteints de dégénérescence. Chez notre malade ce principe étiologique ne paraît pas avoir existé ; la tumeur qu'elle présente, et dont elle s'est aperçue il y a quatre mois environ, fut attaquée, par un médecin qu'elle consulta, à l'aide d'un caustique appliqué à la surface. Il en résulta une ulcération assez éten-

due, qui, au lieu de se cicatriser, devint profonde au centre, dure sur les bords, et revêtit tous les caractères du cancer. Cette ulcération est recouverte d'une suppuration grisâtre, fétide; en portant le doigt à la racine de la grande lèvre, du côté interne, on sent qu'elle est débordée par la tumeur qui, en s'arrondissant assez inégalement, plonge dans l'épaisseur de la paroi correspondante du vagin, à peu près à la hauteur de cinq centimètres. La nature de la tumeur ne laissait aucun doute sur son incurabilité par les moyens ordinaires; M. Lisfranc se mit en demeure de l'enlever. L'ayant cernée par deux incisions, il la disséqua d'abord assez facilement dans les deux tiers de son étendue en la renversant de bas en haut et de droite à gauche; mais arrivé à sa partie supérieure, l'opération offrit de grandes difficultés, le bistouri devant agir à huit centimètres de hauteur dans l'intérieur même du vagin : par le toucher on sentait un plan dur, très-résistant, qui semblait mettre l'opérateur dans l'obligation de sacrifier une portion considérable du canal utéro-vulvaire, ce qui présentait bien quelque danger. M. Lisfranc, avant de prendre ce dernier parti, incisa lentement et avec précaution sur le vagin; par cette incision il introduisit l'extrémité du doigt indicateur, qui lui permit de s'assurer que derrière le plan très-dur auquel il venait de pratiquer ouverture, le prolongement de la tumeur était pour ainsi dire enkysté et qu'il n'y avait contracté aucune adhérence intime : l'incision fut agrandie, et il devint facile alors de culbuter la tumeur qui ne tarda pas à être extirpée entièrement. Le plan dur, que l'on pouvait croire lui appartenir, était constitué par les parties molles environnantes qui s'étaient épaissies sous l'influence de la pression exercée sur elles par la tumeur de dedans en dehors, et figuraient ainsi une sorte de coque dont cette dernière était enveloppée. L'expérience a appris au chirurgien de la Pitié que cette disposition anatomique existe souvent, et que l'ablation d'un grand nombre de tumeurs n'est si difficile quelquefois que parce qu'on méconnaît cette disposition, et que l'on s'attaque alors à des tissus que l'on eût pu conserver en opérant comme dans le cas qui précède.

Le pansement après l'opération fut très-simple: une compresse fénêtrée enduite de cérat, par-dessus des plumasseaux de charpie, et pour maintenir le tout, un bandage en T, tel fut l'appareil employé. Il ne survint aucun accident grave depuis l'opération; il y a quinze jours qu'elle a été faite, et aujourd'hui la plaie est en bonne voie de cicatrisation. Il survint cependant, au troisième jour, un fait qui d'abord inquiéta le chirurgien. La plaie prit un aspect grisâtre sur quelques points et tout à fait violacé sur plusieurs autres, si bien que l'opérateur se demandait si quelque portion de la tumeur n'aurait pas échappé pendant

l'opération. Ayant en même temps remarqué que les pièces d'appareil étaient mouillées par de l'urine, il fit souder la malade quatre fois dans la journée. Cette précaution suffit pour que la plaie perdît l'aspect qu'elle avait présenté, elle devint rouge-vermeil. De nouveau, une seule fois, elle revêtit le même caractère qui avait inquiété le chirurgien : le contact de l'urine à la surface en avait encore été la cause, car depuis que l'on prend des précautions plus grandes pour s'y opposer, l'accident ne s'est point reproduit.

Paralysie du muscle droit externe de l'œil gauche. — Les paralysies partielles ne sont pas rares, mais il n'est pas commun d'en déterminer la cause et le siége aussi facilement que nous l'avons pu faire chez la malade couchée au n° 49 de la salle Sainte-Marthe, à l'hôpital Beaujon, service de M. Martin Solon. Atteinte d'un affaiblissement de la vue du côté droit, depuis deux ans, à la suite d'une première congestion céphalique, cette femme, âgée de vingt-neuf ans, blanchisseuse, et d'une bonne constitution, se portait bien, lorsqu'elle éprouva une violente céphalalgie le 8 juin, époque de la terminaison de ses règles. On lui pratiqua une saignée du bras.

Entrée le 10 à l'hôpital Beaujon, nous trouvons le facies normal, la pupille droite plus dilatée que la gauche, et une diminution notable d'intensité de la vision; la vue est nette du côté gauche, et l'œil se dirige dans tous les sens où la volonté désire le faire incliner, mais il ne peut se porter en dehors. Quand la malade regarde en avant, les objets lui apparaissent doubles, mais superposés; quand elle regarde latéralement à gauche, il y a strabisme, l'œil gauche restant fixe en avant, et le droit se portant en dedans. La diplopie existe encore, mais l'une des images correspond à la place qu'occupe l'objet, et à l'axe visuel de l'œil droit, tandis que l'autre image se trouve portée fortement à gauche, bien que l'œil ne puisse se diriger de ce côté. Une saignée de pied, des sangsues au siége et derrière l'oreille gauche, des compresses fraîches sur la tête, des pédiluves, et l'eau de Sedlitz à dose purgative, dissipèrent la céphalalgie, la pesanteur de tête, et firent peu à peu tomber le voile qui semblait environner les objets, mais ne modifièrent point la paralysie du droit externe.

Le 23 juin, les symptômes de congestion cérébrale, située probablement sur le trajet ou vers l'origine de la branche gauche de la sixième paire de nerfs, paraissant diminués, on commença l'application d'une série de vésicatoires volants sur la tempe gauche.

Le cinquième vésicatoire était appliqué, et les règles reparaissaient

le 1er juin, lorsque le muscle droit externe de l'œil gauche commença à diriger cet organe en dehors. Le 8 juillet, les règles étaient terminées, et l'œil arrivait presque à la commissure externe des paupières; la malade, se trouvant bien, voulut sortir, devant appliquer chez elle un dernier vésicatoire derrière l'oreille gauche. La diplopie était beaucoup diminuée.

Tumeur insolite dans le pli de l'aine. — Au n° 13 de la salle Sainte-Agnès, à l'hôpital de la Charité, est couché le nommé Vocoret, âgé de cinquante-huit ans, doué d'une bonne constitution et d'un tempérament assez fort. Cet individu porte dans l'aine du côté droit une tumeur du volume d'une tête de fœtus à terme, qui a offert les caracrères suivants depuis son invasion, dont le malade ne peut pas trop préciser l'époque. Au début, il s'agissait d'une petite grosseur survenue sans cause appréciable, molle, très-souple, diminuant un peu de volume quand on la comprimait. Le mal a fait des progrès très-rapides, et aujourd'hui la tumeur présente de nombreuses bosselures limitées par des dépressions profondes : cet aspect bosselé existe de la base au sommet de la tumeur; de ces bosselures, les unes sont fluctuantes, d'autres ne le sont pas; la coloration de la peau varie suivant les points où on l'observe; normale en regard des bosselures inférieures, elle est bleuâtre ardoisée sur celles qui sont plus élevées; les téguments du reste sont fort amincis : complétement indolore et sans aucun caractère d'acuité, malgré son développement très-prompt, la tumeur est aujourd'hui le siége de quelques élancements, encore sont-ils très-rares. Quant à sa position anatomique exactement déterminée, on peut s'assurer qu'elle est mobile, qu'elle s'étend dans la cuisse, sans franchir toutefois le fascia-lata : limitée en dehors par cette aponévrose, en dedans par le muscle droit interne, elle remonte en haut jusqu'au ligament de Fallope, et se porte en bas jusqu'à l'union du quart supérieur avec le quart inférieur de la cuisse.—Quant au point de départ élémentaire de la maladie, il est difficile de le préciser. S'agit-il d'une tumeur ganglionaire dégénérée? s'agit-il d'un kyste soit hématique, soit séreux? ou bien a-t-on affaire à une tumeur encéphaloïde? M. Velpeau fait remarquer qu'au sein de tumeurs encéphaloïdes on rencontre des cellules assez vastes dans lesquelles s'accumule, quelquefois même en assez grande quantité, du sang pur ou mêlé à de la sérosité.— Dans l'espèce, il est évident qu'il existe des kystes; mais le point obscur est de connaître la nature des tissus dans lesquels ils se sont développés. M. Velpeau se demande encore s'il ne serait pas possible que cet homme eût été affecté,

dans la région inguinale, de quelques bosselures variqueuses formées par la dilatation de la veine saphène, et que cette masse considérable ne fût autre chose qu'une tumeur hématique, une sorte d'anévrysme veineux. Raisonnant dans cette hypothèse, le traitement consisterait à pratiquer une ponction avec un trocart, à évacuer le liquide et à provoquer ensuite une inflammation adhésive au moyen d'une injection iodée, comme dans l'hydrocèle, par exemple. Si la tumeur renfermait des caillots sanguins ou d'autres matières concrètes qui rendissent l'évacuation par la canule impossible, on fendrait alors ces kystes qu'on enflammerait ensuite, après en avoir extrait tout ce qu'ils contiendraient. Cette conduite, suffisante pour le cas où il s'agirait d'une tumeur hématique, cesserait de l'être en présence d'une tumeur encéphaloïde qu'il faudrait de toute nécessité enlever entièrement. Ce qui inspira à M. Velpeau la pensée qu'il pouvait bien avoir affaire à une tumeur hématique, ce fut le rapprochement qu'il fit du cas actuel d'un autre qu'il observa chez une dame de la rue Saint-Martin, qui portait au mollet une tumeur que deux chirurgiens avaient déclarée de nature encéphaloïde, et que lui, M. Velpeau, attaqua, comme étant formée par des kystes sanguins, par la ponction et l'injection, et qu'il guérit parfaitement.— S'arrêtant à ce dernier parti, le chirurgien de la Charité plongea un trocart dans une des bosselures de la base de la tumeur ; aucun liquide ne s'écoule : l'opérateur plonge alors dans la cavité un stylet qu'il agite en tout sens, et bientôt il sort un liquide noirâtre ressemblant à du café noir ; on en retire environ un verre ; mais la portion de la tumeur dans laquelle le trocart a été plongé s'affaisse seule, la partie interne n'a pas diminué. Une seconde ponction est faite dans un autre point ; rien ne coule. M. Velpeau incise cette bosselure avec un bistouri conduit sur une sonde cannelée introduite par l'ouverture que le trocart a faite ; il donne à l'incision trois centimètres de longueur. Il retire de cette poche une grande quantité de concrétions fibrineuses : un autre kyste est ouvert de même et vidé des matières semblables qu'il renferme. Lorsque la tumeur fut vidée le plus complétement possible, il restait un point bosselé sur la nature duquel le chirurgien n'était pas sans crainte. De la charpie fut mise dans les deux grandes excavations dans le but de les enflammer ; par-dessus on appliqua des cataplasmes. — Cette opération suffira-t-elle? c'est ce que le temps nous apprendra. Nous tiendrons nos lecteurs au courant de ce fait intéressant.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

ACIDE ARSÉNIEUX (*De l'emploi thérapeutique de l'*) *dans le traitement des fièvres intermittentes.* Nous éprouvons le besoin de déclarer dès le commencement de cet article qu'en présence, d'un côté, de l'efficacité aussi généralement constatée du sulfate de quinine, de l'autre, des graves dangers qu'une dose minime d'acide arsénieux peut faire courir aux malades, nous sommes peu touché par les considérations d'économie politique qui tendraient à faire substituer ce dangereux agent à l'écorce péruvienne. Nous avons lu avec un grand intérêt le livre publié à ce sujet par M. Boudin, nous ajoutons foi pleine et entière à ses résultats, nous sommes convaincu de la réalité des succès qu'il a obtenus de l'acide arsénieux dans le traitement des fièvres intermittentes; tout cela néanmoins ne nous incite pas à populariser un traitement pareil, car les dangers qu'il présente nous semblent compenser et au delà les avantages qu'il peut avoir.

Cette même réserve nous accompagne à l'occasion d'un travail confirmatif des opinions de M. Boudin, publié par M. le docteur Despréaux. Dans un espace de temps assez court il a eu à traiter 17 cas de fièvre intermittente de types divers dans l'hôpital militaire de Marseille. Tous ces cas, dont quelques-uns sont relatifs à des récidives infructueusement traitées par le sulfate de quinine, ont guéri par l'acide arsénieux et dans un espace de temps de deux, trois, quatre, six et huit jours. Le cas le plus rebelle a nécessité dix-neuf jours de traitement, dans d'autres cas il n'a fallu qu'une seule dose d'arsenic pour empêcher le retour des accès.

Pour l'administration de ce médicament, M. Despréaux s'est conformé aux préceptes de M. Boudin, et il l'a donné à la dose de un à deux milligrammes, sous forme pilulaire. L'acide arsénieux employé n'a pas dépassé terme moyen sept milligrammes, ce qui fait dire à M. Despréaux qu'avec moins de 10 centimes on pourrait guérir plusieurs milliers de malades, puisque avec un kilogramme d'acide arsénieux, qui coûte moins de 1 franc, on peut guérir 143,000 fiévreux; ce qui ne porte pas à un millième de centime la dépense nécessaire pour guérir un fiévreux dans les cas ordinaires. Du reste, pour éviter les dangers de l'emploi de ce remède, dangers qui nous préoccupent encore malgré d'aussi séduisants calculs, M. Despréaux conseille fortement de ne jamais donner ce fébrifuge qu'à la dose d'un demi, d'un à deux milligrammes. (*Gaz. méd. de Paris*, juin 1843.)

AFFECTIONS HEMORRHOIDALES (*Sur l'usage de l'acide nitrique employé comme escarrotique dans certaines formes d'*). L'espèce d'hémorrhoïdes pour laquelle M. Houston recommande particulièrement l'acide nitrique est cet état de la membrane muqueuse auquel on peut donner le nom de *tumeur vasculaire*. Or, il existe dans cette affection deux formes distinctes qui, quoique différentes par leur origine et leur nature, indiquent le même traitement.

La première est le tissu érectile, sorte d'anévrysme par anastomose des petits vaisseaux des tissus muqueux et sous-muqueux, indépendant parfois de toute dilatation veineuse. La seconde est de nature inflammatoire chronique; elle peut se comparer, pour l'aspect, à la surface rouge que présente la conjonctive dans les anciennes ophthalmies. Comme dans la première variété, il n'y a ici d'autre moyen de guérison que la destruction des tissus affectés.

La surface seule de l'intestin étant donc compromise, c'est par l'ablation des parties superficielles qu'il est préférable de procéder, sans recourir aux moyens, plus douloureux et plus dangereux, qui consistent dans l'extirpation des tissus profonds. L'application de l'acide nitrique satisfait parfaitement à cette indication; il remplit toutes les conditions d'un agent sûr, peu douloureux dans son emploi et prompt dans ses effets. L'opération se fait ainsi qu'il suit:

Le malade, faisant des efforts comme pour aller à la selle, met les tumeurs en évidence. Le chirurgien trempe une spatule de bois dans l'a-

cide nitrique, et sans la laisser égoutter, en frotte les tumeurs dans l'étendue convenable. L'action de l'acide se manifeste immédiatement par le changement de couleur des parties touchées en gris-blanc. Selon qu'on veut obtenir une cautérisation plus ou moins profonde, une application suffit, ou bien on la répétera deux ou trois fois. Aussitôt après l'attouchement, on enduit les parties d'huile d'olives. Il faut ensuite opérer leur réduction dans le rectum. Le malade est tenu au lit et prend quelque préparation opiacée. Une sensation de brûlure d'abord, puis une douleur accompagnée de chaleur vers l'anus et d'un peu de fièvre, sont les seules suites de cette opération. Mais M. Houston n'a jamais vu ni ouï parler d'accidents véritablement sérieux. Le repos au lit n'est absolument nécessaire que pendant quelques heures. Le troisième ou quatrième jour, on peut administrer un purgatif, sans que les excrétions amènent de douleur ou de prolapsus du rectum.

Lorsque deux ou plusieurs tumeurs vasculaires existent chez le même sujet, est-il convenable de les toucher toutes simultanément? M. Houston résout, pour la plupart des cas, cette question par l'affirmative. Le peu de danger du remède et le désir d'abréger la cure, sont deux motifs bien suffisants pour faire partager son avis, à moins cependant que des circonstances particulières ne recommandent plus de prudence. (*The Dublin journal*, et *Gazette Méd. de Paris*, juin 1843.)

BÉGAIEMENT (*Sur une nouvelle méthode pour guérir le*). M. le Dr Becquerel a communiqué à l'Académie des sciences une nouvelle méthode pour guérir le bégaiement, et des faits à l'appui; méthode inventée et faits observés par M. Jourdant, ouvrier mécanicien. Il raconte que cet ouvrier étant affecté d'un bégaiement très-intense, parvint à se guérir lui-même en observant et en analysant les phénomènes de la parole sur des individus à l'état normal. Il trouva ainsi que la cause principale du bégaiement consiste dans un désordre de l'expiration, qui fait que l'air arrivant trop vite et en trop grande abondance dans les organes de la voix, rend la parole confuse et embarrassée. Le sieur Jourdant fit cette découverte il y a à peu près quinze ans. Depuis, il la conserva et l'employa, sans s'occuper des moyens de la propager. Il y a quelques mois, M. Jourdant, voyant les années s'avancer et l'état qu'il exerçait n'étant pas très-avantageux pour lui, il résolut de mettre à profit sa découverte, et, après plusieurs guérisons opérées en province, il arriva à Paris.

La première personne qu'il traita fournit un résultat des plus remarquables. Mlle J., demeurant à Paris, rue Cadet, est une jeune personne de dix-neuf ans qui était atteinte d'un bégaiement tellement fort et tellement pénible, qu'elle préférait souvent garder le silence plutôt que de répondre, même dans sa famille. Il lui arrivait souvent, lorsqu'elle était obligée de parler, de se mettre à pleurer. Son père, tout en ne croyant pas à la possibilité de la guérison, permit à M. Jourdant de l'entreprendre; cette guérison fut complète en un mois. Mlle J. s'exprime avec une facilité remarquable, même dans une société nombreuse. Cette guérison s'est parfaitement soutenue depuis sept mois.

M. Becquerel cite d'autres faits analogues, entre autres celui qui le concerne lui-même, car il a été aussi guéri par M. Jourdant.

Cette méthode, qui n'est encore qu'imparfaitement connue, consiste à pondérer, à rhythmer l'expiration pendant l'acte de la parole et à s'aider d'un mouvement de mesure soit avec le pouce, soit avec tout autre objet. Elle a, comme on le voit, un grand rapport avec celle de M. Colombat (de l'Isère), qui, en effet, la revendique comme sienne, tandis que M. Becquerel qui a usé de l'une et de l'autre, et qui, il faut le dire, a été deux fois guéri, affirme qu'elle en diffère notablement. La question est actuellement soumise aux académies; nous en reparlerons en temps et lieu. (*Bullet. de l'Acad. des sciences*, juin 1843.)

CHORÉE (*Sur le traitement de la*) *par la strychnine*. L'emploi de la strychnine dans la chorée n'est pas absolument nouveau; on le trouve conseillé dans quelques ouvrages de thérapeutique, et les journaux de médecine ont publié plusieurs cas suivis de succès. Mais nulle part on ne trouve des faits aussi nombreux que ceux que vient d'exposer M. le docteur Rougier, et qui aient permis de formuler l'emploi de la strychnine d'une manière plus exacte

qu'on ne l'avait encore fait. Dix observations sont la base de ce travail. Elles sont presque toutes relatives à de jeunes garçons de six à seize ans; il n'y a qu'un seul cas relatif à un homme de vingt-huit ans. La durée de la maladie variait entre les limites de un mois à quatre ans. La plus longue durée du traitement a été de deux mois, la plus courte de six jours. Dans les dix cas il y a eu guérison, et une seule fois récidive, qui a cédé à un traitement répété. La plus grande partie de ces malades, huit sur dix, ont été traités par la strychnine seule, les deux autres ont pris en même temps des potions calmantes et du camphre. La strychnine a été toujours administrée en pilules, et à une dose qni a varié entre un quart de grain et un 24e de grain par pilule. La dose la plus ordinaire a été d'un 16e de grain par jour. Chez tous les malades un phénomène remarquable a été observé, c'est la marche ascendante d'abord de la maladie sous l'influence des premières doses de strychnine; le plus grand nombre a éprouvé des accidents tétaniques quelquefois fort alarmants, mais qui se sont promptement dissipés par l'ingestion d'un verre d'eau froide. Après ces premiers accidents, les mouvements se sont régularisés et la maladie a disparu.

« Cette observation qui m'a frappé, dit M. Rougier, dans presque tous les malades chez lesquels j'ai employé la strychnine contre la chorée, m'a conduit à croire que pour que ce médicament exerce sur cette maladie une action en quelque sorte spécifique, il faut qu'il soit porté au point de produire une espèce de tétanos, ou du moins d'augmenter d'une manière sensible l'énergie des mouvements involontaires; à ce trouble momentané ne tarde pas à succéder une amélioration notable, qui conduit progressivement à la guérison, laquelle devient exempte de récidive à condition de ne cesser que pendant quelques jours le médicament, que l'on continue ensuite pendant un certain temps à dose décroissante. »

Ces essais doivent encourager les praticiens à user de la strychnine dans la chorée, mais avec toute la prudence que commande la redoutable énergie de cet agent. Nous ne pouvons encore partager la confiance de M. Rougier, qui dès à présent regarde la chorée comme ayant trouvé son spécifique. (*Jour. de Médec. de Lyon*, juillet 1843.)

CRISTALLIN (*Sur un cas de chute spontanée du*). Un petit garçon âgé de trois ans et 9 mois fut conduit par son père à la clinique du professeur Heyfelder. Depuis quinze jours, l'enfant avait cessé, sans cause connue, de voir de l'œil droit qui larmoyait continuellement. A l'examen on trouva : photophobie, larmoiement, rougeur de la conjonctive et de la sclérotique; derrière la cornée saine on vit un corps étranger, sphérique, transparent, brillant, remplissant la portion inférieure de la chambre antérieure; l'iris, de couleur normale, déprimé en arrière vers la chambre postérieure, présentait l'aspect d'un entonnoir. La pupille, de forme régulière, recouverte à moitié par le corps étranger, se trouvait placée plus haut que celle du côté opposé. Tous ces signes ne laissèrent pas de doute sur la présence du cristallin tombé dans la chambre antérieure. Il fut extrait le lendemain par une incision semi-lunaire à la partie inférieure de la cornée, il s'échappa aussitôt : examiné sous le microscope, il parut sain. L'opération fut suivie d'un traitement antiphlogistique, l'enfant guérit. A un examen fait quatre mois après l'opération, on trouva dans le voisinage de la cicatrice de la cornée une adhérence de l'iris, non changé de couleur, mais un peu tiraillé, avec irrégularité de la pupille qui avait pris l'aspect ovale. Les bords pupillaires sont dirigés en arrière en forme d'entonnoir, et du fond de la chambre postérieure s'élèvent quelques flocons gris blanchâtres de débris de la capsule. La vue n'est point troublée.

Le succès obtenu par M. Heyfelder dans ce cas est très-heureux, d'autant plus que d'autres praticiens, tels que Chélius (*Traité pratique d'ophthalmologie*, vol. XI, p. 172), ne sont pas parvenus à conserver la vue à leurs malades; il paraît évident que ce succès est dû à la promptitude avec laquelle le professeur d'Erlangen s'est décidé à pratiquer l'opération plutôt que d'attendre la résorption du cristallin resté en entier dans l'humeur aqueuse, ou de ne recourir à l'extraction que lorsque la pupille est dilatée, immobile, et que la vision est abolie. Au reste, M. Heyfelder ne croit pas à la résorption du cristallin resté en entier dans l'humeur aqueuse; à l'appui de son opinion, il cite l'ob-

servation d'un tourneur âgé de 56 ans, qui, depuis l'âge de 19 ans, porte un cristallin tombé dans la chambre antérieure; il a diminué, il est vrai, de volume, mais n'a pas été résorbé, et conserve encore 2 lignes 314 de large et 2 lignes de haut. La vision est perdue de ce côté. (*Revue de la clinique d'Erlangen* et *Gaz. méd. de Paris*, juin 1843.)

CROUP (*Sur quelques cas de trachéotomie dans le*). Nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons dit plus haut (voyez *Correspondance*) sur des opinions touchant le traitement du croup. Nous nous bornons à mentionner trois cas de cette affection dans lesquels les cautérisations et la trachéotomie ont été employées presque exclusivement dans deux cas, à l'hôpital des Enfants, service de M. Baudeloque. Voyons les résultats.

1er *cas*. Enfant de deux ans et demi. Deux jours avant son entrée, toux avec le caractère croupal. Le jour de son entrée, le matin, première cautérisation avec une solution concentrée de nitrate d'argent. Emétique, révulsifs aux membres inférieurs. Même jour à deux beures, deuxième cautérisation avec le même caustique, mais plus profondément que la première fois. Cette cautérisation est suivie d'une menace d'asphyxie. Le soir, même état. Nouvelle cautérisation profonde; asphyxie complète. On pratique la trachéotomie. Mort deux heures après. *Autopsie*. L'entrée du larynx seule a été cautérisée, l'épiglotte l'était si profondément qu'elle était blanche et complétement ratatinée; le pharynx et le commencement de l'œsophage l'ont également été très-fortement; on voyait une escharre profonde dans le pharynx; on trouve des fausses membranes très-légères dans le larynx; la trachée et les bronches n'en contiennent point, mais elles sont le siége d'une injection assez prononcée.

2e *cas*. Jeune fille de douze ans, forte, bien constituée, très-sujette aux angines tonsillaires, pour laquelle affection elle est entrée à l'hôpital trois semaines auparavant. Cette fois, l'angine est compliquée d'une extinction de voix et d'une toux rauque avec un peu de fièvre; frissons et douleurs en avalant, gonflement des amygdales, fausses membranes à la partie postérieure du pharynx et sur l'épiglotte; gonflement des ganglions sous-maxillaires; respiration difficile, sifflante; l'air pénètre à peine dans le sommet des poumons. Emétique en lavage; potion émétisée avec ipécacuanha; révulsifs aux extrémités inférieures. Vomissements avec rejet de quelques pellicules membraneuses peu considérables. Le lendemain, persistance des mêmes symptômes. Une consultation est provoquée, la trachéotomie conseillée et pratiquée immédiatement. On la fait suivre d'une cautérisation avec une solution de nitrate d'argent à haute dose, qui provoque une menace d'asphyxie. Dans la journée deuxième cautérisation moins profonde, qui est mieux supportée. Le soir, troisième cautérisation sans accidents. Depuis lors, diminution graduelle des symptômes; pendant quatre jours encore, deux cautérisations légères matin et soir, frictions mercurielles et lavements purgatifs. Quinze jours après, la malade éprouve une légère rechute; il se manifeste de nouveau quelques accidents du côté de la gorge qui n'ont pas de suite, et la malade sort au bout d'un mois complétement guérie.

3e *cas*. Petite fille de cinq ans, bien constituée, prise la veille de son entrée à l'hôpital d'un rhume avec extinction de voix, voix rauque, toux sifflante, fièvre très-forte pendant la nuit. Le jour de son entrée, gonflement considérable des amygdales, et fausses membranes sur le pharynx et au-dessus de l'épiglotte; dyspnée intense. L'air pénétrait à peine dans les poumons. 20 centigr. d'émétique dans une potion, et la même quantité en lavage; sinapismes. Le lendemain, accidents nouveaux; douleur vive dans la région du larynx; rougeur très-intense au pharynx; gonflement des ganglions sous-maxillaires. Emétique, 20 centigrammes; sangsues à la région antérieure du cou. On pratique une cautérisation légère dans le fond du pharynx avec une solution de 30 centigrammes de nitrate d'argent pour 15 grammes de véhicule. Point d'amélioration notable. On continue, le troisième jour, la potion émétisée et les cautérisations; révulsifs aux extrémités. Quatrième jour, peu de vomissements; cessation de la fièvre; respiration plus facile. Voix moins rauque et plus naturelle; affaiblissement considérable. Cautérisation légère de l'arrière-gorge. Cinquième jour, l'enfant va de mieux en mieux. Symp-

tômes de croup presque complétement dissipés; respiration plus facile; grande faiblesse qui, malgré l'usage des toniques, va croissant et fait périr, trois semaines après le commencement de la maladie, à un état adynamique.

Sous le point de vue pratique, il importe de noter dans ces faits le danger des cautérisations trop profondes qui, dans le deuxième cas, ont paralysé d'avance les résultats qu'on eût pu attendre de la trachéotomie. (*Gaz. des hôp.*, juin 1843.)

IODURE DE POTASSIUM (*Sur l'emploi de l') dans la syphilis primitive.* Les brillants succès de l'iodure de potassium dans les accidents consécutifs de la syphilis ont engagé M. Bazin à essayer cette préparation contre les accidents syphilitiques primitifs. Voici un exposé des faits, résultat des essais tentés à l'hôpital de l'Ourcine.

Une fille de vingt et un ans porte aux grandes lèvres des chancres datant de six jours; elle assure n'avoir pas eu de rapprochements sexuels depuis dix-huit mois. Cependant deux chancres existent à la face interne de chaque grande lèvre, bien caractérisés, à bords rouges et taillés à pic, à fond grisâtre, très-enflammés. Le 4 mai, on prescrit la salsepareille, les sudorifiques, des bains locaux et 50 centigr. d'iodure de potassium. Le 6, 1 gramme. Le 8, les chancres sont guéris. Le médicament est encore continué pendant quelques jours à la dose de 2 grammes; puis la malade sort.

Une fille de vingt-quatre ans a eu, il y a huit mois, une blennorrhagie avec tuméfaction des glandes dans les aines. Guérison spontanée. La maladie actuelle date de douze jours, et n'a point de rapport avec la première. Elle entre le 4 mai. Le bord libre des grandes lèvres est couvert de tubercules muqueux très-nombreux, se touchant par leurs bords voisins, baignés par un écoulement purulent, ulcérés au sommet. L'écartement des grandes lèvres est fort douloureux, le spéculum ne peut être introduit. Plusieurs petites glandes engorgées dans les aines, douloureuses à la pression. Lotions émollientes, bains. Le 6, 50 centigr. d'iodure de potassium; le 9, 1 gramme; le 12, 2 grammes. Les ulcérations des tubercules sont guéries; ceux-ci sont affaissés, d'un rouge déjà pâle, paraissant tendre à la cicatrisation, très-peu d'écoulement. Le 15, 3 grammes. Le 25, guérison complète.

Fille de seize ans. Il y a quatre mois, blennorrhagie guérie en trois semaines, elle revient après une fatigue; les glandes inguinales s'engorgent. Elle entre le 15 avril. On voit sur les parties latérales du clitoris deux chancres, deux à la face interne de la grande lèvre droite, un à la face interne de la gauche, un à l'anus. Ces chancres, excepté celui de l'anus, sont rouges, assez superficiels. Anus dilaté, infundibuliforme, ce qui indique, malgré les dénégations de la malade, que l'infection a eu lieu par une double voie. Deux glandes engorgées dans chaque aine, dures, indolores. Le 16 avril, 50 centigr. d'iodure de potassium. Le 23, 1 gramme. Le 24, quelques chancres tendent déjà à la cicatrisation. Le 28, 3 grammes. La cicatrisation marche lentement. On touche les chancres avec le nitrate d'argent; les cautérisations sont répétées tous les deux jours; la même dose d'iodure de potassium est continuée jusqu'à sa sortie, le 8 mai.

En résumé, M. Bazin a traité des chancres simples, des chancres avec engorgement glandulaire, des tubercules muqueux simples et ulcérés, la blennorrhagie. La moyenne du traitement a été de vingt et un jours. Des faits qu'il a observés, qui sont d'ailleurs en trop petit nombre pour légitimer des conclusions rigoureuses, M. Bazin est porté à penser que la forme tuberculeuse est celle qui subit le plus manifestement l'action de l'iodure de potassium; que la forme ulcéreuse est moins vite et moins puissamment modifiée, que les simples engorgements glandulaires des aines se résolvent avec facilité; que l'iodure de potassium n'a aucune influence sur la blennorrhagie.

Nous ne blâmons pas les essais tentés dans la voie indiquée par M. Bazin, mais il est sage de se prémunir contre les conclusions que des esprits moins sévères que le sien pourraient tirer de ces faits, et qui compromettraient la réputation d'un médicament qui rend aujourd'hui de si grands services. (*Gaz. des Hôp.*, juin 1843.)

LUXATION (*Sur un cas de*) *incomplète de la troisième vertèbre cervicale, par le doct. Witfled.* Un

garçon, paysan âgé de 16 ans, fut jeté à terre dans une grange par un de ses camarades; il parut rester sans connaissance; ses membres restèrent étendus, et lorsqu'on le releva il ne put ni se mouvoir, ni marcher, conservant toujours la même raideur. La bouche et les yeux étaient largement ouverts, il ne pouvait pas parler et, lorsqu'on le pinçait, les traits de la face annonçaient de la douleur. Cet état dura trente-six heures, au bout desquelles il fut conduit chez le médecin. On trouva au cou, au niveau de la troisième vertèbre cervicale, une tumeur de la grosseur d'une noix; pour la réduire, on tira sur les épaules en bas et sur la tête en haut, pendant que le chirurgien pressait sur la tumeur elle-même; celle-ci disparut, et aussitôt le malade commença à parler et demanda un verre d'eau. Les mouvements des membres étaient revenus, la bouche et les yeux reprirent leur forme normale, et le malade retourna à pied à la maison sans suivre les conseils du médecin qui ordonnait le repos. Il reprit le lendemain ses travaux et fit une nouvelle chute qui fut immédiatement suivie des symptômes décrits plus haut; une nouvelle réduction les fit encore disparaître : cette fois-ci le malade resta en repos, appliqua des fomentations froides sur la nuque et guérit complétement. Ce fait, sous plusieurs rapports fort remarquable, laisse cependant à désirer : il s'agissait en effet d'une affection assez rare et d'une gravité assez pressante pour que l'auteur se fût mis en peine d'entrer dans plus de détails qu'il ne l'a fait sur l'étiologie et les symptômes. Ainsi nous regrettons qu'il ne se soit pas expliqué sur le mécanisme de la luxation, la manière dont elle a pu se produire, enfin sur la nature même de la luxation. Nous ferons encore remarquer que toute l'attention de l'observateur semble s'être épuisée à constater les phénomènes sensoriaux, et qu'il a omis entièrement de noter la position de la tête : or, c'est là un fait capital et pour ainsi dire pathognomonique dans la luxation des apophyses articulaires obliques des vertèbres cervicales, produite par la torsion violente du cou. On sait ensuite que la réduction de ce genre de déplacement offre d'assez grandes difficultés; il n'en est nullement fait mention dans l'observation qui précède, et on a lieu d'en être surpris, quand on pense que le déplacement datait déjà de 36 heures lorsque le chirurgien fut appelé, et que le défaut de rapport des surfaces articulaires devait être assez étendu s'il est permis d'en juger d'après les phénomènes généraux qui indiquaient une lésion de la moelle, et le volume de la tumeur qui était considérable. Que dire enfin de cette luxation qui se reproduit en donnant lieu aux mêmes phénomènes, et qui une seconde fois est réduite facilement et est suivie bientôt d'une guérison que le moindre accident n'est pas venu compromettre un seul instant? Il y a dans toutes ces circonstances quelque chose d'insolite qui ne nous permet d'accepter ce fait qu'avec une extrême réserve, et comme l'expression incomplète d'un état pathologique qui manque de plusieurs éléments principaux pour avoir une valeur absolue. (*Medicinisches Correspondenz blatt* et *Gaz. méd.*, juin 1843.)

MENSTRUATION (*Influence de la*) *sur le lait des nourrices.* Les opinions sont encore partagées sur l'influence que peut avoir la menstruation sur l'état du lait des nourrices qui continuent à avoir leurs règles et sur la santé des nourrissons. Les uns croient qu'il n'y a aucun inconvénient à faire allaiter un enfant par une nourrice menstruée; d'autres disent que tout dépend des cas particuliers; d'autres enfin prétendent qu'on ne devrait, sous aucun prétexte, permettre un allaitement par une nourrice qui continuerait à avoir ses règles. Le lait éprouverait, disent-ils, non-seulement une diminution sensible pendant la durée de l'évacuation menstruelle, mais il deviendrait notamment plus pauvre en globules et en crème, et offrirait en même temps des granulations de colostrum.

Ce sujet, comme on le voit par ces dissidences, demandait de nouvelles recherches, et l'on doit savoir gré à M. Baciborski de les avoir tentées. Sept nourrices ont été l'objet de ses observations. Il a eu soin d'examiner leur lait au moment des règles et dans l'intervalle des époques menstruelles. Ses recherches ont porté particulièrement sur l'aspect du lait, sur sa réaction chimique, sur sa densité, l'étendue occupée par la crème dans le tube gradué de Chevallier, l'examen microscopique des globules,

leur nombre, leur diamètre et leur mode d'arrangement. M. Racihorski a étudié aussi et sous tous ces mêmes rapports le lait d'un pareil nombre de nourrices non menstruées; puis il a recherché quel était l'état comparatif des enfants allaités par des nourrices menstruées et non menstruées, et de toutes ces recherches il a conclu que, contrairement à ce qui a été soutenu dans ces derniers temps, le lait des nourrices qui continuent à être menstruées pendant l'allaitement ne diffère pas sensiblement, sous le rapport de ses qualités physiques, de la réaction chimique et de son aspect microscopique, du lait des nourrices non réglées; que la seule particularité que semble présenter sous ce rapport le lait des nourrices réglées, c'est que, dans la plupart des cas, il est moins riche en crème pendant la durée de l'évacuation menstruelle que dans l'intervalle des règles. C'est à cette particularité qu'il faut attribuer l'aspect bleuâtre que présente alors le lait chez certaines nourrices; qu'en faisant même la part des influences dynamiques de la mère à l'enfant, on s'est généralement exagéré les inconvénients de l'allaitement par les nourrices menstruées, et qu'il ne faudrait dans aucune circonstance refuser une nourrice par cette seule considération qu'elle continuerait à avoir ses règles.

Ces conclusions sont peut-être bien absolues en présence d'un aussi petit nombre de faits. N'oublions pas, en effet, qu'elles sont la conséquence de sept observations seulement. (*Gaz. des Hôp.*, juin 1843, n° 64.)

PÉRINÉORAPHIE *pratiquée immédiatement après l'accouchement (De la)*. La question soulevée par M. Danyan, dans un mémoire très-intéressant que publie le *Journal de Chirurgie* (juin 1843), mérite l'attention des praticiens, qui, d'accord en général sur l'excellence du procédé opératoire proposé et si heureusement appliqué dans un grand nombre de circonstances par M. Roux, s'entendent moins quant à l'opportunité de l'opération. C'est en vue de dissiper les incertitudes qui obscurcissent ce point important de pratique, que M. Danyan a exposé les résultats de sa propre expérience, et il faut convenir que, placé dans un hôpital spécialement affecté aux accouchements, ce médecin mieux qu'aucun autre était en état de le faire. La périnéoraphie pratiquée à une époque éloignée de l'accouchement, se compose de deux temps successifs, l'avivement et la suture. Immédiatement ou peu d'heures après que la déchirure du périnée a eu lieu, ce n'est plus que la réunion d'une plaie récente par la suture, c'est-à-dire un simple pansement. Ainsi présentée, l'opération immédiate réunirait certainement tous les suffrages; cependant M. Roux, dont la compétence en pareille matière ne saurait être mise en doute, s'est positivement prononcé contre cette manière de faire; aussi les observations isolées et quelques rares réussites n'ont pu décider les chirurgiens en sa faveur. Un des plus puissants motifs invoqués contre la périnéoraphie immédiate, c'est le gonflement excessif que subissent les parties molles qui viennent de se déchirer; mais ce gonflement n'est pas constant, et si on avait raison de le redouter, la suture, au dire de M. Danyan, serait propre à le modérer, sinon à le prévenir. Le plus souvent, après l'accident, les parties sont dans un état de tuméfaction légère, et en même temps de flaccidité, qui fait que les bords de la solution de continuité sont presque appliqués l'un contre l'autre, ou peuvent être, par une très-légère pression, quelle que soit l'irrégularité de la plaie, mis en contact parfait. Ne sont-ce pas là les conditions les plus favorables au succès d'une réunion immédiate? Les parties cicatrisées depuis longtemps ne sont pas dans un état aussi avantageux. Leur retrait, et l'écartement des bords cicatrisés et quelquefois calleux de la déchirure exigent, outre un avivement très-douloureux, une pression plus considérable pour rapprocher et maintenir en contact les surfaces avivées. L'écoulement des lochies ne paraît pas à M. Danyan une contre-indication plus sérieuse que la tuméfaction de la plaie à la réunion immédiate de celle-ci; le liquide, quelque abondant qu'il soit, en baigne seulement le pourtour si la coaptation a été bien exacte. D'ailleurs les lotions et des injections fréquentes préservent les parties de l'irritation qui pourrait résulter du séjour prolongé et de la putridité des lochies, de même que le cathétérisme, répété trois ou quatre fois par jour, les met à l'abri du contact de l'urine. A l'appui de l'opinion dont il se fait ainsi le défenseur, M. Danyan apporte six observations

dans lesquelles la suture du périnée fut faite par lui immédiatement après l'accouchement, cinq fois avec succès; une seule fois l'opération échoua, et, dans ce cas, la femme avait le périnée déchiré complétement. Chez les cinq autres femmes, la déchirure était incomplète, elle ne comprenait pas le sphincter de l'anus, mais s'étendait jusqu'à ce muscle superficiellement entamé ainsi que la partie inférieure de la cloison recto-vaginale.

Ces résultats sont sans doute fort avantageux; toutefois nous ne saurions en déduire une règle de conduite uniforme et absolue pour tous les cas de déchirure du périnée. Ainsi, tout en admettant avec l'auteur que la périnéoraphie ne se présente pas dans des conditions aussi favorables de guérison lorsqu'on l'applique à une déchirure ancienne du périnée, avec rétraction et souvent callosité des bords de la solution de continuité, nous croyons que ces conditions sont au moins autant et peut-être plus désavantageuses lorsqu'il existe un gonflement considérable des bords de la plaie; il nous semble rationnel alors, avant de procéder à la suture, de combattre l'inflammation des parties molles et d'attendre la résolution des tissus engorgés: de cette manière on ne s'expose pas à l'accident qui, chez la malade de la sixième observation rapportée par M. Danyan, a compromis l'issue de l'opération, c'est-à-dire à la gangrène. « Lorsque je vis cette femme, dit l'auteur, deux heures après l'accouchement, je trouvai une plaie encore saignante, mais *un peu ecchymosée et plus tuméfiée* que dans les cas précédents. Malgré ces circoustances moins favorables, je voulus tenter la suture, sinon avec un aussi grand espoir de succès, au moins parfaitement rassuré sur la conséquence. Le quatrième jour, je retirai les épingles; non-seulement la plaie n'était pas réunie, mais une escharre, qui semblait s'étendre profondément, existait entre les deux lèvres. »

Nous ne disons donc rien de trop, comme on peut s'en assurer par la lecture des lignes qui précèdent, quand nous soutenons 1° qu'il faut différer la périnéoraphie après l'accouchement, jusqu'à ce qu'on ait obtenu, à l'aide de moyens appropriés, la résorption du sang et des autres liquides épanchés ou infiltrés dans l'épaisseur du tissu cellulaire dos bords de la division; 2° qu'appliquer la suture sur des parties molles ainsi tuméfiées et enflammées, c'est courir le danger d'un étranglement opéré par la suture elle-même, et conséquemment favoriser le développement de la gangrène, dont le résultat n'est pas seulement de faire manquer l'opération actuelle, mais encore de rendre toute tentative ultérieure de guérison impossible, pour peu que la mortification des parties molles soit étendue. Mais avant de recourir à la périnéoraphie, on doit se demander si cette opération est indispensable, et dans quelles limites il convient de la tenter. Ce côté important de la question que nous examinons n'a point échappé à M. Danyan: « Je me suis toujours abstenu, dit-il, lorsqu'il restait une étendue plus ou moins considérable du périnée proprement dit. Quelques personnes trouveront peut-être que ma réserve n'a pas encore été assez grande, et que la périnéoraphie doit être exclusivement appliquée aux cas de déchirure tout à fait complète. » Ce n'est pas nous qui blâmerons M. Danyan de sa conduite, car, sans rappeler les autres inconvénients qui peuvent résulter de la rupture très-étendue du périnée, bien qu'elle ne soit pas complète, nous avons plusieurs fois observé la procidence de la membrane muqueuse du vagin, et consécutivement la rectocèle vaginale, comme conséquence de la destruction du plancher périnéal. En terminant, et sans être pour cela de l'avis de Kilian et d'autres auteurs qui prétendent, avec exagération sans doute, que les déchirures les plus étendues guérissent facilement et complétement par la position et les soins répétés de propreté, nous ajouterons qu'il nous paraît possible de cicatriser ces déchirures lorsqu'elles ne se prolongent pas jusqu'au sphincter, qu'elles ont lieu sans infiltration sanguine des bords de la plaie, et surtout lorsque ces bords ne sont pas inégaux et frangés, comme cela s'observe quelquefois, disposition qui donne à la solution de continuité les caractères et l'aspect d'une plaie contuse. J'observai un cas semblable chez une jeune dame primipare, demeurant rue Rumford, à Paris. Nous mîmes en usage la position et les soins les plus attentifs de propreté avec un plein succès. La rupture, survenue au moment où les

épaules franchirent la vulve, s'arrêtait très-près du sphincter qui n'était pas entamé, les lèvres de la plaie étaient égales et assez nettes, il ne survint pas de gonflement appréciable, grâce sans doute à des lotions tièdes souvent répétées, faites avec l'eau de guimauve. Nous eûmes soin de placer la malade sur un lit un peu ferme, les cuisses appliquées l'une contre l'autre et maintenues par une ligature circulaire. Trois semaines après l'accouchement la cicatrisation du périnée était solide.

A. F.

PHLEGMASIA ALBA DOLENS. *Quelle est la nature de cette maladie?* Quelle maladie doit-on entendre par cette dénomination? Après la longue discussion qui a eu lieu récemment à l'Académie de médecine, sur ce sujet, il est fort difficile de répondre à cette question, du moins au seul point de vue sous lequel elle a été envisagée. Rien n'est plus propre à démontrer la justesse d'un principe que nous avons constamment défendu dans ce journal, savoir, la stérilité, la confusion, le désordre qu'entraînent en pathologie les données exclusivement anatomiques, que ce qui a été dit à cette occasion, même par les membres les plus éminents de cette compagnie savante. Résumons-le en peu de mots.

Pour M. Breschet, la *phlegmasia alba dolens* a toujours son siége dans les vaisseaux lymphatiques. Quand on la trouve dans les veines, cette inflammation n'y est jamais isolée. Pour lui donc, c'est une lymphite, quelquefois accompagnée de phlébite.

Selon M. Blandin, cette maladie, que l'on croyait autrefois particulière aux femmes en couches, peut aussi quelquefois atteindre les hommes. Son siége est complexe et variable, tantôt borné aux lympathiques, tantôt aux veines, tantôt occupant ces deux systèmes.

M. Velpeau professe aujourd'hui, car il y a quelques années il avait une autre opinion, qu'il n'y a pas phlébite toujours, et que le point de départ de l'affection doit être placé dans l'inflammation des vaisseaux lymphatiques profonds et du centre des membres. C'est une angioleucite avec inflammation du tissu cellulaire qui entoure les vaisseaux.

Et de trois.

M. Capuron rejette au loin toute participation des lympathiques superficiels et profonds à cette maladie. Avec M. le docteur Dronsart dont il rapportait le mémoire occasion de cette discussion, il en place exclusivement et toujours le siége dans les veines; en un mot c'est une phlébite.

Voici une cinquième opinion, c'est celle de M. Cloquet, qui assure que la maladie n'est primitivement qu'un œdème aigu, qu'une inflammation pure et simple du tissu cellulaire pouvant consécutivement produire la lymphite ou la phlébite.

Ce n'est rien de tout cela pour M. Andral, qui ne voit dans la maladie qu'un effet, qu'une conséquence de l'oblitération de la veine profonde du membre.

Nous négligerons les opinions mixtes participant plus ou moins des opinions tranchées que nous venons d'émettre.

Quel parti prendre au milieu de ce chaos? Et remarquez qu'anatomiquement, le scalpel à la main, toutes ces opinions ont raison. Mais, que démontre le scalpel? Le squelette de la maladie, les traces matérielles qu'elle laisse après elle, traces complexes, variables, confuses, avec lesquelles il est impossible, et vous le voyez bien, de remonter à sa nature, à son essence, à ses caractères étiologiques et symptomatiques, à son traitement, en un mot aux éléments essentiels qui constituent la phénoménalité morbide.

Remarquez aussi de quelle stérilité profonde et radicale sont inévitablement frappées ces logomachies anatomiques. Dans cette discussion qui a duré deux heures, à laquelle ont pris part les sommités académiques, pas un mot, pas un seul mot sur le traitement de cette douloureuse et souvent funeste maladie n'a été prononcé. On aurait dit une assemblée de naturalistes discutant sur les caractères physiques d'une roche ou de quelque minéral; rien qui rappelât le médecin et le but suprême de son art, qui n'est pas de décrire, mais de guérir, non de contempler le cadavre, mais d'observer la physiologie pathologique pour arriver au traitement. (*Bulletin de l'Académie*, juin 1843.)

PHTHISIE PULMONAIRE (*De l'emploi de l'huile de foie de morue dans la*). M. Pereyra, médecin de l'hôpital Saint-André, à Bordeaux, vient de nouveau de préconiser cette sub-

stance dans le traitement de la phthisie pulmonaire. Depuis le 1er mars 1841, il a reçu 147 phthisiques dans ses salles; sur ce nombre, 97 sont sortis, 43 sont morts, et 7 restaient en traitement à l'époque où il écrivait. Ce résultat tout à fait inouï est bien digne d'attention; l'auteur lui-même, par son caractère, par sa position, par son talent, est digne de toute confiance, et ces motifs nous engagent à faire connaître sa méthode de traitement, quoique nous soyons obligé d'avouer que nous craignons ici quelque illusion.

Quand un phthisique se présente, après s'être assuré que l'estomac pourra supporter le remède, M. Pereyra en prescrit une cuillerée à bouche le matin et une le soir. Il élève successivement les aliments à la portion entière, avec viandes grillées ou rôties, et demi-litre de vin par jour. En général l'appétit se prononce, la toux diminue, la fièvre se calme, les nuits commencent à être meilleures, la sueur continue encore quelque temps et finit par disparaître. Si la toux ne diminue pas, il a recours au cyanure de potassium dans une potion. Si après une période d'amélioration la fièvre se rallume, l'appétit se perd, les sueurs, la toux, l'oppression, tous les symptômes en un mot semblent se montrer plus effrayants que par le passé, M. Pereyra suspend le traitement pendant quelques jours, pare aux accidents divers qui se présentent, et recommence aussitôt que le calme a reparu. L'état de la plèvre attire surtout son attention. Aussitôt qu'une douleur se manifeste, il la combat par des applications de ventouses ou des sangsues. Si elle résiste à ces moyens, il fait appliquer un vésicatoire, et plus tard un séton ou un ou plusieurs cautères sur le lieu malade.

La diarrhée, ce symptôme si funeste dans la phthisie pulmonaire, devient quelquefois une contre-indication pour l'administration de l'huile de foie de morue; c'est lorsqu'elle survient pour la première fois et que le malade prend ce médicament depuis quelque temps. M. Pereyra fait aussitôt cesser l'huile et l'alimentation.

En général, les sueurs nocturnes se trouvent assez promptement diminuées après les premiers jours de l'usage de l'huile de foie de morue.

Nous citerons une observation de M. Pereyra, bien faite assurément pour corroborer ses opinions. Une jeune fille publique, âgée de dix-huit ans, d'un tempérament lymphatique très-prononcé, était entrée à l'hôpital au commencement de 1839. Amaigrissement, fièvre hectique, fréquence du pouls, sueurs nocturnes, toux fréquente, crachats purulents, appétit nul, tel était le résultat auquel l'avaient conduite cinq mois de souffrances : l'auscultation avait fait constater des tubercules crus, en grande quantité, deux pectoriloquies très-évidentes avec souffle caverneux, deux cavernes assez considérables du côté droit supérieur de la poitrine. Depuis trois mois, l'évacuation menstruelle était supprimée; diarrhée par intervalle; appétit presque nul. Huile de foie de morue à la dose de deux cuillerées par jour; régime animal; un peu de vin; séton sur l'une des cavernes. Amélioration prompte et progressive. Au bout de deux mois les règles reviennent. Embonpoint, couleurs, forces. Sortie au mois de mars 1839. Trois ans après, 1er juin 1842, rentrée de cette fille à l'hôpital. Elle dit que pour la première fois depuis sa guérison elle a toussé, et que par frayeur elle s'était empressée de rentrer dans les salles. Elle avoue que, poussée par sa destinée, elle n'avait pu sortir de sa triste profession; qu'elle s'était livrée à tous les excès auxquels ces malheureuses sont accoutumées; que sa santé n'avait pas un moment chancelé, que même, dans cet intervalle, elle était entrée à l'hôpital des Vénériens, qu'elle y avait été traitée par les préparations mercurielles sans aucune précaution spéciale, que ses poumons n'en avaient été nullement affectés. Elle n'éprouvait alors qu'une légère bronchite que des soins appropriés firent disparaître. (*Du traitement de la phthisie pulmonoire*, par M. Pereyra. Broch. in-8, juin 1843.)

POLYPES DU RECTUM (*Considérations pratiques sur les*). Les polypes du rectum ont été le sujet d'un mémoire intéressant que M. le docteur Gigon a présenté à l'Académie de médecine, et sur lequel M. Hervez de Chégoin a fait tout récemment un rapport dont les conclusions nous ont paru devoir utilement contribuer à l'étude de cette affection, en même temps qu'elles rendent très-exactement compte du travail de l'auteur. M. Gigon a pris pour base de son mémoire cinq observations desquelles il résulte, 1° que les polypes du

rectum, sans être aussi fréquents que ceux du nez et de la matrice, ne sont point cependant une maladie rare, quoiqu'on en trouve peu d'exemples dans les auteurs; 2° qu'on les observe plus souvent chez les enfants que chez les adultes; 3° que ces polypes ont un caractère mixte et peuvent être comparés à une substance charnue, rouge et pleine, dont une cerise donne une idée assez juste; qu'ils n'ont point d'épiderme; que leur surface extérieure est le siége d'un suintement sanguinolent habituel qui donne lieu à des pertes de sang plus ou moins fréquentes; que leur volume varie de celui d'une cerise à celui d'une noix; qu'ils sont suspendus par un pédicule très-petit; que leur consistance variable égale quelquefois celle du foie. M. Gigon, comparant les caractères qui viennent d'être exposés avec ceux d'autres productions polypeuses décrites par M. Stoltz de Strasbourg, et avec le polype volumineux observé par Boyer chez un jeune homme de 15 ans, admet trois variétés dans les polypes du rectum; les uns sont muqueux, les autres végétaux, les troisièmes sont charnus comme ceux qu'il a observés. Leur étiologie lui paraît obscure, il n'admet point comme cause principale le prolapsus de la membrane muqueuse du rectum qu'on observe ordinairement chez les enfants faibles, parce qu'il a vu les polypes chez des enfants vigoureux, et surtout parce qu'ils sont placés trop haut dans le rectum. M. Gigon fait remarquer que l'écoulement par l'anus d'un sang pur et par intervalles est le symptôme le plus ordinaire; que l'issue de la tumeur pendant la défécation n'est pas constante; que c'est par le toucher qu'on lève tous les doutes; que cette exploration est moins douloureuse qu'on ne pourrait le penser chez les enfants. Peu susceptibles d'un développement considérable quand on les abandonne à eux-mêmes, les polypes se détachent quelquefois spontanément. Ils peuvent exister longtemps sans danger, quelques-uns cependant ont amené une altération profonde dans la santé par les hémorrhagies qu'ils produisent, et ainsi il y a lieu de leur opposer un traitement. Celui qui a toujours réussi à M. Gigon, c'est la ligature, opération facile en saisissant la tumeur quand elle est sortie d'elle-même, ou en la faisant saillir par les efforts de la défécation. On peut, en l'attirant avec une pince aiguë, amener le pédicule jusqu'à l'extérieur et appliquer la ligature aussi près que possible de son insertion qui se confond avec la membrane muqueuse sans ligne de démarcation bien tranchée; il ne faut pas trop serrer, dans la crainte de couper le pédicule. M. Gigon aime mieux qu'on laisse rentrer la tumeur que de l'inciser au-dessous du fil, pour éviter une hémorrhagie semblable à celle qui a eu lieu dans la troisième observation qu'il rapporte. Dans tous les cas, la tumeur s'est détachée du deuxième au troisième jour, et tous les symptômes généraux et locaux ont promptement disparu. Nous rappellerons à nos lecteurs, en terminant, l'observation de polype fibreux du rectum que M. Forget a rapportée dans notre dernier numéro, celui de juin, et qui prouve qu'aux trois variétés admises par M. Gigon, il faut en ajouter une quatrième, sous le nom de polype fibreux du rectum. (*L'Expérience*, juin 1843.)

SURDITÉ PAR IMPERFORATION *congéniale du conduit auditif gauche existant près la membrane du tympan. — Nouveau procédé opératoire pour détruire l'obstacle. — Rétablissement de l'ouïe au bout de quinze jours.* L'organe de l'audition, dit l'auteur de cette observation, étant un de ceux qui exercent la plus grande influence sur le développement de notre intelligence, mérite de fixer sérieusement l'attention des praticiens. La surdité qui reconnaît pour cause l'imperforation congéniale de l'ouïe ayant son siége près de la membrane du tympan, est d'autant plus grave que nos moyens d'investigation nous la font assez difficilement reconnaître, et qu'une fois l'étiologie établie, c'est encore avec beaucoup de peine qu'on parvient à détruire l'obstacle à l'audition, le voisinage du tympan, dont la lésion ne serait pas sans inconvénients, rendant l'opération extrêmement délicate. On verra par l'observation suivante comment, dans un cas semblable, le docteur Bonnafond modifia avantageusement le procédé opératoire et obtint une guérison remarquable.

Elisa R..., âgée de douze ans, était atteinte d'une surdité congéniale de l'oreille gauche, que plusieurs médecins consultés avaient déclaré être le résultat de la paralysie des nerfs au-

ditifs. Le pavillon de l'oreille était bien conformé, et le conduit auditif, vu avec le spéculum d'Itard et les rayons solaires, semblait se terminer par la membrane du tympan; mais un examen plus attentif fit reconnaître que ce qu'on avait pris pour le tympan n'était que le cul-de-sac formé par une imperforation congéniale, que cette imperforation était située presque immédiatement au-devant de la membrane du tympan, disposition qui en avait imposé aux médecins. La grande résistance de l'obstacle dans la pression exercée sur lui à l'aide d'un stylet, et son peu de sensibilité, firent supposer à M. Bonnafond que si l'obstacle était charnu, son épaisseur devait être assez considérable, et qu'il pouvait bien aussi être produit par le rapprochement des parois du conduit, ce qui rendait toute opération impossible. Dans cette alternative, il fallait s'assurer d'une part que le nerf auditif était encore apte à percevoir les sons et à profiter des bénéfices d'une opération qui, dans le cas contraire, n'eût abouti à rien qu'à faire souffrir inutilement la malade; il fallait reconnaître ensuite la nature des tissus qui formaient la cloison et leur degré d'épaisseur. Voici le procédé suivi par M. Bonnafond, en vue d'atteindre le résultat qu'il considère comme constituant le préliminaire obligé de l'opération. « La tête du malade étant fixée par un aide et le conduit auditif convenablement éclairé par mon appareil, je me sers d'une aiguille à acupuncture un peu forte pour sonder, en l'enfonçant au fond du cul-de-sac, le degré de consistance qu'il présente. Si après avoir tranché la peau, je rencontre une grande résistance, je retire l'instrument pour l'enfoncer sur un autre point. Cette manœuvre est répétée jusqu'à ce que l'aiguille pénètre plus profondément. Lorsque la pointe rencontre toujours des parties dures, il faut renoncer à aller plus loin; et on peut alors prononcer l'incurabilité de la cophose. Si au contraire l'aiguille franchit facilement l'obstacle, il faut la pousser lentement jusqu'à ce que le malade accuse une douleur très-vive qui lui arrache un cri et l'oblige à faire un mouvement de tête auquel il n'a pu résister. Cette douleur est un indice presque certain que la membrane du tympan a été piquée. Avec une main un peu exercée, on peut juger ainsi du degré de résistance qu'a éprouvée l'aiguille en traversant la cloison, de la nature du tissu et de son degré d'épaisseur. Après cette première exploration, il faut détruire la cloison, et, que l'on se serve pour cela de l'instrument tranchant ou des caustiques, il est on ne peut plus difficile d'en borner l'action à la cloison seulement et de ne pas léser le tympan, et souvent déterminer dans l'oreille moyenne des désordres plus ou moins graves. Il faut, si on veut détruire l'obstacle, que l'action de l'agent curatif s'arrête jusqu'à un point presque mathématique; dans ce but, M. Bonnafond, après avoir sondé l'obstacle, introduit le trocart dans le conduit auditif jusqu'à ce que la pointe appuie sur la cloison : la canule do l'instrument étant graduée, il mesure la distance qu'il y a depuis la pointe jusqu'à la portion de la canule qui correspond à l'antitragus; puis, se rappelant l'épaisseur de la cloison qu'il a mesurée préalablement avec l'aiguille, il enfonce ce trocart jusqu'aux deux tiers environ do la profondeur : ce premier temps de l'opération terminé, il retire la tige de l'instrument en laissant sa canule engagée dans la plaie. La canule ainsi dégagée de la tige sert de conducteur à un petit fragment de nitrate d'argent que l'on fait glisser à l'aide d'un stylet jusqu'au fond de la plaie. M. Bonnafond a fait couler, à cet effet, de petits lingots de nitrate d'argent pareils à ceux de mine de plomb dont on arme les crayons ordinaires. Une fois parvenu au fond de la plaie, on dégage la canule en appuyant légèrement sur le stylet afin de ne pas entraîner le caustique, et on retire le tout en abandonnant le nitrate dans la plaie. Afin de prémunir le conduit auditif de toute atteinte, l'auteur maintient le caustique dans la plaie au moyen d'un petit tampon de coton qu'il enfonce jusqu'à l'obstacle, après avoir eu la précaution de le fixer à un fil. Reste le tympan; mais il fait remarquer que l'escharre produite par le caustique ne peut guère dépasser un millimètre, et que cette membrane sera épargnée si on a laissé une épaisseur suffisante qui la sépare du fond de la plaie. La jeune malade a souffert pendant deux heures, puis les douleurs ont été en décroissant. On enlève le coton au bout de douze heures; on fera des injections émollientes s'il y a des douleurs un

peu vives, en les poussant assez fortement pour entraîner les parcelles de nitrate d'argent s'il en existait encore qui n'aient pas été fondues. La première escharre une fois entraînée par la suppuration, on cherchera à agrandir la plaie par des cautérisations renouvelées tous les deux jours, en ayant soin de bien examiner à chaque cautérisation si le tympan n'est pas à découvert ou s'il est près de l'être; ce qu'on jugera facilement à son élasticité constatée avec un stylet boutonné, au retour de la faculté auditive qui permet au malade de percevoir les sons, et à la couleur blanche du marteau qui s'articule avec la membrane et contraste avec la rougeur des parties environnantes. Quand le tympan sera à nu, il faudra diriger l'action du caustique sur la circonférence de la plaie : les douleurs qui résultent de chaque cautérisation ne durent pas, en général, plus de dix minutes à un quart d'heure. On peut, quand les chairs menacent de revenir sur elles-mêmes, dilater la plaie à l'aide d'un petit morceau d'éponge préparée et garnie d'un fil. Pour hâter la cicatrisation une fois que l'ouverture artificielle est assez grande, le liquide suivant convient le mieux :

Prenez :

Sous-acétate de plomb liquide.	2 gram.
Laudanum de Rousseau.....	1 —
Eau de menthe.............	125 —

On injecte soir et matin, d'abord avec force pour débarrasser le conduit, plus tard on se borne à faire des instillations. Il est bon de fermer après chaque pansement le conduit auditif avec un peu de coton.

Si ce liquide est insuffisant, on le remplacerait par le suivant :

Prenez :

Décoction de cachou........	250 gram.
Sulfate d'alumine...........	5 gram.

Au bout de deux mois l'oreille de la jeune fille ainsi traitée, qui n'entendait pas le tic tac d'une montre appliquée contre elle, l'entendait à la distance d'un mètre. (*Ann. de chir. franç. et étrang.*, juin 1843.)

TÆNIA (*De l'emploi de l'extrait éthéré de fougère dans le traitement du*). M. le professeur Albers, de Bonn, a traité depuis 1827 beaucoup d'individus affectés de tænia. Le nombre des malades sur lesquels il a pris des notes exactes et qui ont tous été traités de la même manière, est assez considérable pour qu'il y ait utilité à exposer le traitement employé par M. Albers, qui confirme les succès obtenus par la poudre de fougère mâle.

Pour le professeur de Bonn, comme il existe toujours une certaine atonie de la muqueuse intestinale, un relâchement plus ou moins considérable de tout le corps et pour ainsi dire une certaine diathèse, une dyscrasie pour la production des vers, il est indispensable de faire un traitement qui agisse contre l'affection locale et générale avant, pendant et après l'expulsion du tænia. A cet effet, les malades doivent faire abstinence; ce qui est d'autant plus nécessaire qu'ils sont ordinairement disposés à beaucoup manger. En privant l'intestin d'une partie de sa nourriture, l'action vitale paraît augmenter; il se déclare un état congestionnaire de l'intestin qui suffit quelquefois pour chasser l'entozoaire. Après un à trois jours d'un régime par la viande, il prendra, le matin à jeun, 30 grains d'extrait de fougère mâle éthéré; cette dose sera répétée trois heures après et suivie, au bout d'une heure, d'une once d'huile de ricin. Une ou deux heures après l'ingestion de l'huile, le ver est expulsé ordinairement avec beaucoup de mucosités. Le malade peut prendre alors quelques tasses de bouillon gras, et ne se nourrit les six ou huit jours subséquents que de bouillons gras, de viande et de peu de légumes de racines. Les promenades au grand air contribuent à rendre la guérison radicale. (*Medicinisches Correspondenz blatt*, et *Gaz. méd. de Paris*, juin 1843.)

VULVITE DES ENFANTS (*Quelques réflexions sur la*). Très-favorablement placé pour observer les affections chirurgicales des enfants, M. Guersant fils vient d'appeler l'attention des praticiens sur une maladie qui ne se rencontre guère que dans le premier âge, et qui nous a paru offrir d'autant plus d'intérêt qu'elle a, en général, été peu étudiée, c'est l'inflammation de la vulve. Il résulte des observations qu'il a recueillies, que la vulvite est aux enfants, jusque vers l'âge de neuf ou dix ans, ce que plus tard la vaginite est aux femmes adultes, qui, par contre, sont très-rarement atteintes de la première affection. Il est bien entendu qu'il n'est nullement question ici de la vulvite par cause syphilitique;

celle-ci a des symptômes tellement spéciaux que le diagnostic en est généralement assez facile. Quant à la vulvite simple, la seule qui doive nous occuper ici, elle donne lieu à des accidents variables suivant qu'on l'observe sur un individu sain d'ailleurs et d'une bonne constitution, ou sur un enfant lympathique, scrofuleux et débilité. Dans le premier cas, elle se rapporte à des causes exclusivement locales, dont la plus fréquente et la plus habituelle est la malpropreté; dans le second cas, bien que la malpropreté en soit souvent encore la cause déterminante, l'inflammation vulvaire trouve de plus dans la condition même de l'organisme une raison prédisposante qui influera très-défavorablement sur sa marche et son traitement.

Ainsi, au lieu d'avoir affaire, comme dans la plupart des cas de la première espèce, à des ulcérations peu profondes et à des surfaces enflammées ne fournissant qu'une suppuration peu abondante, on voit les tissus phlogosés se gangréner promptement. Souvent alors la face interne des grandes lèvres, les petites lèvres, le clitoris et le repli muqueux qui le recouvre, se sphacèlent. Les escharres peuvent s'étendre fort loin et causer des désordres tels qu'il est impossible au chirurgien, non plus seulement de les prévenir, mais même d'y remédier. Outre ces deux formes de phlegmasie vulvaire qui, avec des degrés différents d'intensité, constituent en dernière analyse une lésion identique que l'on appellera *vulvite ulcéreuse*, il en est une troisième qu'il convient de désigner sous le nom de *vulvite catarrhale* : celle-ci, beaucoup moins grave que la précédente, consiste en une sorte de catarrhe aigu, limité à la vulve et assez fréquent chez les petites filles de deux à cinq ans : ici on ne voit point d'ulcérations; du moins si elles se montrent, ce n'est que longtemps après le début de l'affection que caractérisent une rougeur plus ou moins intense de la membrane muqueuse, et la sécrétion d'un liquide jaunâtre visqueux assez analogue à de l'albumine, et qui s'étend en lilaments glaireux quand on écarte les lèvres. Ce sont ordinairement de petits follicules situés en dehors et autour du méat urinaire qui se sont enflammés, et constituent ainsi l'élément primitif de la maladie. Le catarrhe aigu de la vulve se complique fréquemment, chez les adultes qui peuvent en être également affectées, de l'inflammation des follicules vulvaires et du développement consécutif de petits abcès enkystés sur lesquels M. Robert a le premier appelé l'attention des observateurs. Il faut ajouter au cadre de l'étiologie de la vulvite, la masturbation qui en est évidemment la cause la plus puissante, ce qui s'explique aisément par l'irritation continuelle qu'elle entretient sur les organes génitaux externes. Le traitement de la vulvite est purement local chez les enfants sains; il consiste, si l'inflammation est violente, en des bains tièdes, soit entiers, soit bains de siége, et en lotions émollientes. Quel que soit d'ailleurs le degré d'inflammation, les émollients ne conviennent qu'autant qu'il n'y a pas d'ulcération, et *à fortiori* qu'il n'y a pas gangrène. Quand ces lésions existent, le traitement local doit tendre à empêcher leur extension. Lorsque les surfaces ulcérées sont grisâtres et que le pus qui en découle est fétide, mal lié, on se trouve bien d'y appliquer des plumasseaux de charpie imbibée de jus de citron, à chaque pansement. M. Guersant conseille en outre de faire des lotions avec le vin aromatique tiède : sous l'influence de ce traitement topique, on voit ordinairement, au bout de quatre ou cinq jours, la tuméfaction des parties environnantes diminuer, le fond des ulcérations devenir rouge vermeil et en même temps le pus changer de nature, il est phlegmoneux et cesse d'être fétide. Une fois que cette transformation s'est opérée, on fait abstraction du jus de citron pour recourir à un pansement simple de vin aromatique, et aux cautérisations avec le nitrate d'argent, que l'on renouvelle tous les deux jours, plus ou moins souvent, suivant que la plaie l'exige. Si la constitution des malades est entachée du vice scrofuleux, on comprend que le traitement local seul est insuffisant, et qu'il faut, de toute nécessité, recourir à une médication générale dans laquelle les soins hygiéniques entreront en première ligne, sans préjudice toutefois du traitement local qui ne devra jamais être négligé. (*Gaz. des Hôp.*, juin 1843.)

VARIÉTÉS.

M. le docteur Chassinat, attaché au ministère de l'intérieur, vient d'envoyer à l'Académie de médecine une note statistique concernant la fréquence de la phthisie dans les trois bagnes de Brest, Toulon et Rochefort. Il résulte de ses chiffres que la phthisie pulmonaire entre dans les proportions suivantes : à Brest, 1 sur 20 ; à Toulon, 1 sur 22 ; à Rochefort, 1 sur 35. M. Chassinat, en vue de vérifier l'exactitude de la loi d'antagonisme entre la phthisie et les fièvres intermittentes posée par M. le docteur Boudin, a recherché pour quelles proportions entraient les fièvres intermittentes pernicieuses dans la mortalité générale pour les trois bagnes. Il a trouvé qu'à Brest il n'y avait pas un seul cas de mort de fièvre intermittente pernicieuse ; qu'à Toulon ces cas étaient fort rares ; qu'à Rochefort, au contraire, ces cas étaient dans la proportion de 1 sur 3 4/5. En faut-il conclure, avec l'auteur de cette communication, la réalité de la loi d'antagonisme proclamée par M. Boudin ? Cette conclusion, sur cette question fort litigieuse, a été vivement controversée, et selon nous, avec raison. Dans un bagne, en effet, où la fièvre intermittente pernicieuse entre pour plus d'un quart dans la mortalité générale, les tables nécrologiques sont impuissantes à prouver la loi d'antagonisme. Il peut se faire, en effet, que les individus morts de fièvre pernicieuse aient été en même temps tuberculeux ; il pouvait arriver qu'ils le devinssent, et il serait légitime aussi de dire que si la phthisie ne trouve pas à Rochefort son contingent de morts, c'est que ce contingent lui a été déjà enlevé par une maladie plus rapide dans sa marche funeste.

— La Chambre des députés a eu à examiner, pendant la discussion du budget, plusieurs questions qui touchent à notre profession ; aussi plusieurs de nos honorables confrères, députés, ont été naturellement amenés à la tribune. Il s'agissait d'abord d'une subvention de 235,000 f. pour l'entretien des établissements thermaux. Malgré un discours fort spirituel de M. Vatout, qui, se basant sur les dissidences, très-fâcheuses en effet, des deux médecins de Vichy, a contesté l'efficacité des eaux thermales, la subvention a été votée après une réplique énergique de M. Bouillaud, qui a rappelé le précédent orateur à la spécialité de ses études.

Est venu ensuite l'article des établissements sanitaires, auxquels le budget alloue une somme de 350,000 fr. La question des quarantaines se présentait naturellement ici, et elle a été abordée par M. Richoud-

des-Brus, qui a soutenu avec talent les idées nouvelles sur la nécessité de modifier le système des quarantaines actuellement en vigueur. Les efforts de l'orateur, réunis à ceux de M. Bouillaud, ont été impuissants pour décider la Chambre à provoquer une modification urgente, et une chétive réduction de 50,000 fr., demandée pour abolition des frais relatifs au service spécial de la fièvre jaune, a été rejetée.

Mais ce que nous devons constater, c'est l'attention religieuse prêtée par la Chambre au récit fait par nos honorables confrères des efforts tentés par M. Chervin dans cette voie, que le premier il a parcourue ; c'est l'émotion avec laquelle elle a entendu l'histoire merveilleuse de ses luttes et de ses périls, de cette activité incessante vers le but qu'il s'était proposé, de son dévouement, de son courage, de ses expatriations fréquentes dans des contrées lointaines ravagées par la fièvre jaune. Cet hommage rendu du haut de la tribune et écouté avec respect par toute la Chambre est bien fait pour consoler M. Chervin de l'opposition mesquine qu'il a quelquefois trouvée sur sa route. Ses idées entrent de force aujourd'hui dans le domaine de la politique, et sa vie si utile et si bien remplie ne s'écoulera pas sans en voir le triomphe.

— Une proposition fort utile, et dont on doit espérer d'heureux résultats, a été faite à l'Académie de médecine par M. Martin-Solon, rapporteur de la commission des épidémies. Pour stimuler le zèle des médecins qui ont à observer des maladies épidémiques, il a proposé le projet suivant :

1° Tous les ans la commission des épidémies désignera les travaux qui lui seront parvenus et qui lui paraîtront mériter une distinction ; 2° elle fera un rapport sur ces travaux ; 3° elle décernera une médaille d'argent à l'auteur du meilleur de ces travaux.

— Une médaille vient d'être décernée par le roi sur le rapport du ministre de l'intérieur à M. le docteur Borchard, de Bordeaux, pour le courage et le dévouement dont il a fait preuve lors de l'épidémie de suette miliaire qui a affligé il y a un an les départements de la Dordogne et de Lot-et-Garonne.

Nouveau mode d'injection des préparations anatomiques. — Le docteur Lenoir et M. Barreswill ont tenté de concert d'introduire dans la pratique des préparations anatomiques un nouveau mode d'injection solide et fait à froid ; ils ont mis à profit la propriété si remarquable, signalée par M. F. Boudet, que possède l'acide oléique de se durcir lorsqu'on le traite par l'acide hyponitrique. Comme cette solidification ne se fait pas instantanément, on a tout le temps de pousser l'injection sans qu'il soit besoin de seringues particulières, et surtout sans qu'il soit

nécessaire d'opérer à chaud. Voici du reste comment se fait l'opération : on ajoute à l'acide oléique un centième d'acide hyponitrique, et l'on secoue vivement le mélange pendant dix minutes, après quoi il est bon à injecter. Un seul obstacle s'est opposé jusqu'à présent à ce que cette nouvelle matière à injection ait été substituée dans les amphithéâtres d'anatomie à celle qu'on y emploie (le suif); cet obstacle réside dans la difficulté qu'on a éprouvée à colorer en rouge le mélange d'acides oléique et hyponitrique. Les substances minérales ou végétales employées à cet effet jusqu'à ce jour sont altérées et noircissent. Ils n'ont encore obtenu que deux colorations, la jaune qui est naturelle à l'acide oléique, et la noire qu'on produit par le charbon animal.

— Il s'est formé à La Flèche (Sarthe) une association des médecins, officiers de santé et pharmaciens. Le but est de fonder une caisse de secours, de réprimer le charlatanisme et de s'occuper de sciences médicales. Le président de cette association est M. Renou.

— M. Petit a été nommé chirurgien en chef à l'hôpital Saint-André de Bordeaux.

— M. Pelletan, professeur de physique médicale à la Faculté de médecine de Paris, a demandé et obtenu sa retraite. Sa chaire sera mise au concours au mois de novembre prochain.

— La Société de médecine de Paris décernera un prix de 500 francs à l'auteur du meilleur mémoire « sur l'emploi de l'iodure de potassium dans les maladies syphilitiques. » Les mémoires devront être adressés à M. le docteur Prus, secrétaire-général, avant le 1er juin 1844.

— L'inventeur de la médecine homœopathique, le célèbre Samuel Hahnemann, est mort le 4 juillet dernier, à Paris. Il était dans sa 88e année. Il était né à Meissen en Saxe, le 10 avril 1756.

— Un concours sera ouvert le 8 janvier prochain devant la Faculté de médecine de Paris pour 14 places d'agrégés : 6 pour la médecine, 4 pour la chirurgie, 1 pour les accouchements, 2 pour l'anatomie et la physiologie, 1 pour la chimie.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

NOTE SUR L'EMPLOI DES BAINS DANS LES MALADIES SQUIRRHEUSES ET CANCÉREUSES DU TUBE DIGESTIF.

L'impuissance à peu près complète de l'art dans le traitement radical du squirrhe ou du cancer du tube digestif, l'inquiète sollicitude des malades, qui, pendant toute la durée de leur longue affection, contraint les médecins à varier incessamment les moyens palliatifs auxquels ils sont réduits, ne manquent presque jamais de conduire ceux-ci à conseiller d'une manière plus ou moins fréquente l'usage d'un moyen qui, dans quelques cas, peut entraîner des conséquences graves ; ce moyen, c'est le bain, et principalement le bain de siége, auquel on se borne le plus ordinairement en pareille circonstance. Cette assertion paraîtra tout d'abord un peu paradoxale ; on n'acceptera pas immédiatement une affirmation qui, à la première apparence, contredit une pratique vulgaire, dont la banalité même semble au moins établir la parfaite innocuité. Aussi bien, avant d'aborder l'exposition des faits sur lesquels cette vue pratique s'appuie, croyons-nous convenable de donner les explications qui sont nécessaires pour renfermer cette assertion dans les limites du vrai.

Loin de prétendre qu'il faille, dans le traitement palliatif des affections squirrheuses ou cancéreuses du tube digestif, proscrire les bains d'une manière absolue, nous croyons, au contraire, qu'il est fort peu de malades qui, à une certaine époque de leur affection, n'en retirent un incontestable avantage. Le propre des maladies chroniques de l'appareil digestif est de suspendre d'une manière plus ou moins complète la perspiration cutanée : les bains, bornassent-ils leur action, dans ce cas, à rétablir momentanément cette fonction si profondément altérée, seraient encore d'une utile application. Mais les bains n'agissent pas uniquement de cette façon ; ils exercent sur la périphérie nerveuse, avec laquelle ils sont en contact, une action sédative qui se répète sur les organes situés au delà de cette limite, et calment les douleurs, les spasmes, tempèrent la chaleur importune que la lésion organique, vrai foyer morbide, irradie de tous côtés autour d'elle. Telle est, en général, l'influence heureuse de cette sédation exercée sur la surface cutanée par les bains dans le cas dont il s'agit, qu'il n'est pas de médecin qui n'ait dû plus d'une fois résister aux désirs des malades, de

peur d'user trop vite un moyen dont les succédanés ne sont pas très-communs dans la matière médicale, ou dans l'hygiène considérée dans ses applications à la maladie. Tant que la maladie n'est point arrivée à un degré avancé, que les forces n'ont pas subi une atteinte profonde, et que les symptômes du mal commandent d'ailleurs l'emploi de ce moyen, les bains peuvent donc être employés avec avantage chez des individus atteints de squirrhe ou de cancer de l'estomac ou de l'intestin. Mais il n'en est plus de même quand les malades se trouvent placés dans les conditions inverses. Dans ce cas surtout, une hématémèse, une hémorrhagie intestinale avec la forme particulière que ces accidents revêtent dans ces affections, peuvent survenir et précipiter rapidement les malades vers la terminaison fatale. Il suffit de lire les recueils de clinique dans lesquels sont rapportées des observations de ce genre, pour se convaincre de la vérité de cette remarque. L'influence rapidement funeste qu'une perte de sang même peu considérable exerce sur la vie, dans une période avancée des affections organiques du tube digestif, explique comment il se fait qu'à l'ouverture du cadavre des individus qui ont succombé à la suite d'une semblable affection, on trouve assez souvent une quantité plus ou moins considérable de sang avec la teinte méconique, ou dans l'estomac, ou dans un autre point du tube digestif. Ces individus ont pu ne rendre rien de semblable durant la vie, la mort a suivi immédiatement l'hémorrhagie interne. Nous lisons, dans la *Clinique* de M. le professeur Andral, un cas remarquable de ce genre (1) : « Pendant les six semaines qui s'écoulèrent entre l'époque de l'entrée de la femme sujet de cette observation, et celle de sa mort, il n'y eut aucun vomissement. Au moment où l'on incisa l'estomac le long de la grande courbure, il s'en échappa un liquide noir comme de l'encre, et qui, mis en contact avec du linge et du papier blanc, leur donnait une teinte semblable à celle qu'aurait produite l'apposition de la membrane choroïde. La quantité de ce liquide contenue dans l'estomac pouvait être évaluée à celle qu'auraient contenue trois verres ordinaires. » Le savant professeur de pathologie générale cite ce fait comme un exemple remarquable d'épanchement de matière noire, de sang altéré ou modifié par un travail de sécrétion spéciale, dans l'intérieur de l'estomac, sans qu'il y eût affection cancéreuse de cet organe : ce n'est point sous ce rapport que ce fait nous intéresse ici ; nous l'avons rappelé seulement pour montrer l'influence funeste qu'un semblable épanchement exerce sur la vie, lorsque l'organisme a été profondément affaibli par une maladie de longue durée ;

(1) Tome II, page 83.

par le fait d'un semblable accident, survenu en pareille circonstance, la mort arrive immédiatement.

Le fait suivant, que nous venons d'observer à la Charité, dans le service du même médecin, va concourir à la même démonstration :

Un individu d'âge moyen, après avoir souffert pendant longtemps du côté de l'estomac, finit par dépérir d'une manière inquiétante; une ascite évidente vint ensuite masquer les symptômes déjà obscurs présentés par le tube digestif. La langue n'offrait rien de particulier. L'appétit était peu développé; la soif était médiocre. La région de l'estomac, explorée, ne présentait aucune tumeur appréciable. Il n'y avait point, il n'y avait jamais eu de vomissement. En l'absence de phénomènes propres à caractériser une affection organique de l'estomac, que le facies seul pouvait faire soupçonner, on s'arrêta forcément, dans le diagnostic, à une cirrhose du foie, qui rendait compte de l'ascite, qu'aucune autre lésion appréciable ne pouvait expliquer. Puis tout à coup la malade tomba dans un affaissement considérable et mourut. A l'autopsie, on rencontre sur la face postérieure de l'estomac un énorme cancer ulcéré. Le pylore est parfaitement libre: les tissus qui constituent cet orifice ont leur souplesse et leur consistance normales. Le foie est sain, mais la veine-porte, et les principales divisions qui composent ce tronc veineux, suivies jusqu'à l'estomac et la rate, sont considérablement dilatées, et remplies de matière encéphaloïde. Les parois de ces veines sont saines dans une grande partie de leur étendue. La veine splénique, dans quelques-uns de ses points, est épaissie, comme squirrheuse. La rate est saine; mais la lésion qui se rapporte surtout à l'objet de cet article ne manque point, l'estomac contient une énorme quantité de sang noir.

Ce cas pourrait être l'objet de plusieurs remarques intéressantes, nous nous bornerons aux suivantes. Lorsque le cancer de l'estomac siége sur une face de cet organe, qui dérobe les tissus altérés à l'exploration directe, il est difficile, sinon impossible, de l'atteindre par un diagnostic certain. C'est en vain que M. Barras, dans un mémoire qu'il a publié dernièrement sur cette maladie, et dans lequel, du reste, il reconnaît avec M. Andral et d'autres médecins cette difficulté; c'est en vain, disons-nous, que cet auteur cherche à saisir le caractère de la maladie dans l'altération du facies, dans le mode de décomposition des traits. La même obscurité, malgré ces efforts, continue d'envelopper le diagnostic du cancer du principal organe de la digestion, dans les conditions que nous venons d'indiquer. Non-seulement une inflammation chronique simple de la muqueuse gastrique, sans dégénérescence proprement dite de ce tissu, peut étendre sur la physionomie le masque cancéreux, mais une simple lésion dynamique de cet organe, une simple gastralgie, quand elle existe depuis longtemps, quand par le trouble quotidien qu'elle occasionne dans les digestions elle a porté une atteinte profonde à l'assimilation, peut mentir complétement sous ce rapport une lésion

organique de l'estomac. Malgré toutes les louables tentatives qu'on a faites pour éclairer la pratique dans ces cas épineux, nous restons convaincu que, sur le terrain des faits, les choses ne se passent pas d'une manière aussi simple que cela paraît dans les livres. Les vomissements noirs, qui arrivent souvent dans les cas de cancer à un degré plus ou moins avancé de son développement, manquent eux-mêmes parfois, comme nous venons de le voir dans le cas précédent; et lors même qu'ils surviennent, on n'est point en droit d'en conclure rigoureusement l'existence de cette maladie; nous avons rappelé plus haut un cas qui le démontre. Encore une courte remarque. On avait supposé, pour se rendre compte de l'ascite que présentait le malade, une cirrhose du foie; l'autopsie a démenti cette prévision : mais la veine-porte et les principales veines afférentes de ce tronc vasculaire étaient obstruées, et cet obstacle à la circulation hépatique, dont le siége seul n'avait pu être déterminé, expliquait aussi bien que la cirrhose l'épanchement séreux de la cavité péritonéale. Il y avait un obstacle à la circulation veineuse abdominale, la sagacité diagnostique ne pouvait aller plus loin. En ouvrant le ventricule gastrique enfin, on rencontre une quantité considérable de sang épanché dans cet organe; cette hémorrhagie, qui a eu lieu dans les derniers moments de la vie, a été évidemment la cause qui a entraîné la mort : aucun symptôme apprécié n'avait annoncé à l'avance cette terminaison funeste : si cet accident n'était survenu, l'état des forces, l'assimilation, tout imparfaite qu'elle fût, pouvaient encore entretenir la vie pendant un certain temps; mais cette perte de sang arrivant brusquement, précipita la catastrophe.

M. Andral, dans une des notes substantielles dont il a enrichi la dernière édition de sa *Clinique médicale,* fait une remarque qui s'applique parfaitement ici, et que nous allons rapporter : « J'ai vu quelques cas, dit-il, où le sang n'était pas vomi par les malades; mais ils en rendaient par les selles une grande quantité, et cependant l'intestin était sain chez eux, et l'estomac seul avait subi la dégénération cancéreuse. Dans un cas entre autres, un malade, deux mois environ avant de présenter aucun signe d'affection grave de l'estomac, et n'ayant encore éprouvé de ce côté qu'une dyspepsie qui paraissait être sans importance, avait eu journellement des selles noires comme de l'encre : un certain temps après qu'elles eurent commencé à avoir lieu, le malade s'affaiblit et tomba dans un état d'anémie, dont la matière des selles rendait parfaitement compte. La mort eut lieu quatre mois environ après que ces selles noires se furent manifestées; nous trouvâmes à l'ouverture du corps un vaste champignon cancéreux, qui occupait une partie de la face antérieure de l'estomac. »

Lors de l'autopsie dont nous avons rapporté plus haut les principaux résultats, le médecin de la Charité, se rappelant sans doute les faits de ce genre qu'il avait déjà observés, nous fit cette judicieuse remarque, savoir : que chez les individus qu'on soupçonne atteints d'une affection cancéreuse de l'estomac, on doit, à cause de l'importance séméiologique des hémorrhagies symptomatiques survenues dans ce cas, porter son attention sur les selles des malades ; car, dans les cas même où une hématémèse, ou pour parler avec plus de précision ici, une hémorrhagie gastrique aurait lieu, il pourrait se faire que ce sang, au lieu d'être vomi, suivît la voie de l'intestin, et n'apparût que dans les gardcrobes. Il est encore des hommes qui savent faire autre chose que de l'histoire naturelle dans les amphithéâtres.

Maintenant que nous avons rapporté des faits qui montrent que, dans un certain nombre de cas au moins, l'apparition d'une hémorrhagie dans les maladies cancéreuses du tube digestif peut exercer sur la vie une influence rapidement funeste, nous allons citer quelques faits cliniques qui établissent positivement que les bains, intempestivement appliqués dans cette affection, favorisent parfois l'apparition de ces hémorrhagies, et appellent ainsi le danger qu'entraîne ce fatal accident.

La femme Devillere, jardinière, âgée de cinquante-cinq ans, a senti ses digestions se troubler pour la première fois dans le courant de l'année 1840. Ayant alors pris les conseils d'un médecin, cette femme s'astreignit pendant quelque temps aux prescriptions qui lui furent faites. Elle suivit assez régulièrement pendant quelques mois le régime léger qui lui fut imposé, se frictionna la région épigastrique avec la pommade stibiée, et entretint pendant deux ou trois mois l'éruption pustuleuse que ces frictions déterminèrent. Nonobstant l'emploi de ces moyens, les digestions restèrent laborieuses, la malade s'affaiblit, et cessa de pouvoir travailler comme elle le voulait, et comme sa position nécessiteuse le lui commandait. Lassée bientôt d'une telle sujétion, espérant vaincre le mal, et recouvrer, par une alimentation plus substantielle, les forces qu'elle avait perdues, cette femme abandonne toute médication, et se remet au régime commun. Pendant quelque temps, il lui sembla, en effet, que les forces se relevaient, que le facies perdait un peu de sa maigreur et son expression de souffrance organique ; mais bientôt cette illusion se dissipa à son tour : les douleurs, provoquées par chaque digestion, augmentèrent et prirent un caractère de continuité plus grave ; puis des vomissements survinrent ; d'abord éloignés, ils se rapprochèrent ensuite. Les forces baissèrent, le dépérissement s'accrut en proportion de l'intensité des désordres dont l'estomac devenait le siége. Ces symptômes, dont nous avons dû nous borner à esquisser rapidement le tableau, duraient depuis deux ans à peu près, avec des alternatives irrégulières de rémission et d'exacerbation, lorsque la malade fut soumise à notre observation. Alors, outre le cortége ordinaire des phénomènes développés par une semblable maladie, outre une tumeur dure, étendue, existant à la région épigastrique, il y avait des vomissements extrêmement fréquents, et une insomnie qui.

au dire de la malade, durait sans répit aucun depuis quatre mois. Dans la vue d'obéir à une double indication, nous prescrivîmes un julep composé ainsi qu'il suit : eau de laitue, 100 grammes; hydrochlorate de morphine, 5 centigrammes; sirop de sucre, 40 grammes. Le soir, deux cuillerées. — Sous l'influence de ce moyen, les vomissements diminuèrent considérablement de fréquence (un régime mieux entendu eut aussi sa part sans doute dans ce résultat), et l'insomnie opiniâtre accusée cessa, et fut remplacée par un sommeil calme qui réfocilla évidemment la pauvre patiente. Pour tirer de ce moyen le parti le plus utile, nous suspendîmes de temps en temps l'usage de l'opium. Malgré cette suspension, l'influence heureuse se continuait, la sédation du système nerveux survivait à l'action de l'agent qui l'avait provoquée. Malgré cet apaisement de la vivacité de la souffrance, le mal n'en continuait pas moins à miner sourdement l'économie et à épuiser lentement les forces. Un jour, dans le double but de ménager un moyen dont la constitution de la malade s'accommodait si bien, et de combattre des coliques assez vives brusquement survenues, nous conseillâmes un bain de siége. Les douleurs se calmèrent bientôt, et la malade fut remise dans son lit. A peine était-elle posée, que des nausées se déclarèrent et furent suivies d'un vomissement noir très-abondant. Celui-ci se répéta une seconde fois dans la journée. A partir de ce moment, la malade s'affaissa rapidement, et deux jours après, la mort survint. L'autopsie nous montra les plus effrayants désordres que nous ayons jamais observés : la plus grande partie des parois de l'estomac avait subi la dégénérescence cancéreuse, la cavité de cet organe était réduite des deux tiers; les deux orifices étaient libres cependant, bien qu'un peu rétrécis. Le lobe gauche du foie remplissait en grande partie la région épigastrique, il était comme soudé aux parois de l'estomac; il adhérait de même par sa partie supérieure au diaphragme, dont il ne pouvait être séparé que par une traction forte qui le déchirait. Cet organe présentait, dans un grand nombre de points de son étendue, des disques exactement arrondis, blancs, squirrheux, criant sous le scalpel. Tout le mal était concentré dans les points que nous venons d'indiquer.

Il n'est pas douteux pour nous que le bain de siége dans lequel la malade fut placée, n'ait été la cause occasionnelle de l'hémorrhagie qui a suivi de si près l'emploi de ce moyen. Cela est bien simple d'ailleurs : le calorique, dont l'eau est le support, appelle nécessairement dans les tissus auxquels on l'applique une fluxion sanguine. C'est là le mode d'action évident des bains appliqués sur une surface vivante plus ou moins étendue, et à une température élevée; c'est la raison même qui les fait mettre en usage dans l'aménorrhée par atonie, dans les cas où l'on veut rappeler un flux sanguin dont l'organisme est intéressé à voir cesser la suppression, etc. Nous n'insisterons pas davantage sur ce point, c'est là un fait qui trouve sa confirmation dans l'expérience thérapeutique de tous les jours. Si l'on est forcé d'admettre que telle a été la cause de l'hématémèse chez la malade dont nous venons de rapporter l'histoire, il est difficile de ne pas reconnaître en même temps que cette hémorrhagie a épuisé presque instantanément le peu de forces qui res-

taient à cette malheureuse femme : tout est relatif dans l'organisme humain comme dans l'organisme du monde ; quelques onces de sang sorties du tourbillon de la vie chez un individu profondément débilité, sont pour lui l'hémorrhagie abondante qui tue l'homme vigoureux en pleine possession de la vie. Sans doute les lésions profondes que l'autopsie nous a révélées ont créé dans le ventricule gastrique cette disposition à l'hémorrhagie; disposition bien puissante, puisque si souvent elle aboutit, sans l'intervention de cause occasionnelle, à cet accident; puisqu'une action si simple que l'application du calorique sur les parois abdominales a suffi pour provoquer la sortie du sang hors des vaisseaux qui doivent normalement le contenir. Il est douteux toutefois qu'ici cette disposition eût suffi à elle seule pour amener ce résultat. Depuis de longues années la malade vomissait : les secousses qu'entraîne ce mouvement antipéristaltique de l'estomac n'avaient jamais amené à leur suite l'hématémèse ; on conçoit cependant que c'est là une cause qui doit avoir aussi son influence sur l'accident que nous étudions en ce moment. Si ce fait était le seul que nous eussions rencontré, nous nous garderions bien d'établir la vue pratique que nous cherchons à faire prévaloir, sur une pareille base ; nous savons à quelles conditions on peut légitimement prétendre à faire sortir une loi de l'étude de la succession des phénomènes. Nous avons eu occasion d'observer d'autres faits, qui nous ont semblé avoir la même signification; voilà pourquoi nous n'avons pas hésité à nous montrer aussi explicite que nous le sommes dans notre affirmation. Il serait trop long de raconter ces faits divers ; si, à propos d'un point de vue quelconque, il était nécessaire de rapporter *in extenso* les faits qui tendent à établir ce point de vue, la science disparaîtrait bientôt sous un cataclysme d'observations, dont ce qui existe aujourd'hui n'est qu'une miniature : il n'y aurait qu'une arche de Noé au milieu de ce déluge, ce serait l'empirisme ; l'observation dans les limites de l'individualité ; l'autonomie pure, c'est-à-dire la méthode la plus antiscientifique qu'on puisse jamais appliquer.

Voici donc la substance de quatre faits analogues à celui que nous venons de rapporter. Nous avons nous-même observé deux de ces faits ; les deux autres nous ont été communiqués par des praticiens auxquels nous avons eu occasion de signaler l'influence fâcheuse que les bains, administrés à une époque avancée des maladies cancéreuses du tube digestif, exercent sur cette affection. Dans l'un de ces cas, la maladie avait son siége dans le ventricule gastrique ; dans les trois autres, elle siégeait à diverses hauteurs de l'intestin. Ces divers malades avaient un âge avancé ; ils étaient du sexe masculin. Dans aucun de ces cas l'autopsie ne fut pratiquée, par conséquent il serait impossible de dire

si la maladie que l'on avait sous les yeux était un simple squirrhe ou un cancer ulcéré, ni l'étendue précise des lésions anatomiques. La nature de l'affection ne saurait être douteuse toutefois, car dans tous ces cas une tumeur nettement dessinée, dure, s'est fait sentir. Les symptômes d'ailleurs, au cas où l'exploration directe eût pu laisser quelque doute dans l'esprit, sont venus confirmer l'interprétation pathologique de la tumeur observée. Enfin, dans ces quatre cas, les malades souffrant depuis plusieurs années du côté du tube digestif, avaient laissé la maladie sans traitement, sans hygiène, s'enraciner profondément dans l'économie, désorganiser lentement les tissus envahis par le mal, et ils étaient tombés dans un état grave de dépérissement. Les bains de fauteuil, employés dans de pareilles circonstances chez ces quatre malades, ont amené chez l'un dès le premier jour, chez les autres après un certain nombre de jours d'application, une hématémèse rapidement mortelle, et une hémorrhagie intestinale moins rapidement funeste, mais à la suite de laquelle les forces ont sensiblement fléchi, et le terme fatal a été visiblement accéléré.

Ou la pratique tous les jours suivie dans la vue d'appeler au profit de l'économie souffrante une fluxion sanguine sur un organe déterminé, trouve sa sanction tout à la fois dans les lois de la physiologie et les enseignements de l'expérience, ou bien cette pratique n'est qu'un empirisme grossier, une routine barbare. Si la constance avec laquelle cette méthode thérapeutique s'est maintenue dans la science, au milieu de toutes les variations des systèmes, en établit rigoureusement la réelle efficacité, la remarque pratique qui est le but de ce travail sera facilement acceptée. En réfléchissant à l'action du calorique sur les organes, aux services même que la thérapeutique demande chaque jour à l'application de cet agent, on eût pu prévoir, par une induction facile, ce résultat de l'expérience directe. Dans les cas que nous examinons, le sang doit même d'autant plus aisément obéir à un appel du calorique appliqué à la surface des organes souffrants, que les malades, à la période avancée de dépérissement à laquelle ils sont parvenus, développent peu de chaleur; l'énergie de l'acte chimico-vital en vertu duquel celle-ci est produite, a baissé tout comme les autres actes intimes de la vie. En raison de cette circonstance, les malades exigent que les bains dans lesquels ils sont plongés aient une température plus élevée que d'ordinaire; l'action fluxionnaire du calorique doit donc, en pareil cas, augmenter encore suivant la mesure de son intensité.

Nous finirons par une dernière réflexion : lorsqu'une hémorrhagie survient dans la période avancée des maladies cancéreuses du tube digestif, que cette hémorrhagie se fasse jour par l'estomac ou par l'in-

testin, un pronostic grave, prédisant une mort prochaine, doit en général être porté. Dans un des cas que nous avons cités plus haut, et que nous avons empruntés à M. Andral, quatre mois se sont écoulés entre l'époque de l'apparition des premières selles méconiques et celle de la mort. Ces sortes de cas, nous le croyons, ne doivent pas se présenter fréquemment. Le plus souvent la mort ne tarde pas à suivre l'hémorrhagie chez les individus atteints de cancer gastrique ou intestinal. Nous avons vu que parfois la mort survient quelques heures peut-être après cet accident. Lorsque le sang fourni par l'hémorrhagie n'est point rejeté au dehors, cet accident, qui suffit à lui seul pour légitimer le pronostic d'une mort extrêmement prochaine, développe-t-il quelques phénomènes qui puissent le faire reconnaître? Cela n'est pas douteux; et ces phénomènes sont ceux de toute hémorrhagie interne. Lors donc qu'un malade atteint d'une affection cancéreuse du tube digestif tombera rapidement dans une grande faiblesse, dont l'aspect du malade, l'exiguité du pouls, des menaces incessantes de lypothymie, etc., informeront l'observateur attentif, celui-ci pourra prévoir une hémorrhagie interne. Dans une maladie telle que celle dont il s'agit ici, l'impuissance à peu près absolue de l'art tend à le discréditer aux yeux d'une société qui ne nous gâte pas : efforçons-nous au moins alors de nous relever et de sauver la dignité de la science par la prévision d'altérations posthumes les plus propres à frapper les yeux du vulgaire, qui fut, est et sera toujours compétent à admirer ce qu'il ne comprend pas.

X.

DE L'EMPLOI DE L'EXTRAIT AQUEUX DE SEIGLE ERGOTÉ DANS QUELQUES CAS D'AFFECTIONS CHRONIQUES DE L'UTÉRUS ;

Par M. le docteur ARNAL, ancien interne des hôpitaux de Paris, etc. (1).

Depuis longtemps, et bien avant que la médecine s'emparât du seigle ergoté pour l'appliquer à l'espèce humaine, le hasard avait déjà révélé l'influence de cette substance sur l'organe de la gestation des animaux. Nous nous sommes assuré, en effet, par nous-même, que, dans diverses localités du midi de la France, on l'emploie avec succès, depuis un temps immémorial, pour faciliter le part des vaches et des juments. C'est certainement de là qu'est venue l'idée d'en faire aussi usage sur la femme dans des circonstances analogues, et les matrones furent les premières qui tentèrent l'expérience : seulement, ce moyen fut longtemps dédai-

(1) M. Arnal s'occupe d'un ouvrage sur ce point de thérapeutique, lequel sera prochainement en vente chez MM. Lacour et Mistrasse, libraires-éditeurs. (*N. d. R.*)

gné ou ignoré des médecins, et ce n'est que bien plus tard qu'ils s'en sont emparés à leur tour, et l'ont élevé au rang des médicaments avoués par la thérapeutique. On concevra du reste facilement ce long oubli, si l'on veut bien réfléchir au bas patronage qui avait présidé à son premier emploi; si l'on considère surtout que, depuis le célèbre Columelle, l'art vétérinaire, complétement dégénéré et fondé seulement sur la routine et quelques formules traditionnelles, était resté isolé, si ce n'est méprisé par les médecins, qui se seraient crus humiliés de son contact. On le concevra mieux encore, si l'on se rappelle la vanité qui les animait alors, et qui les portait à repousser dédaigneusement l'alliance de la chirurgie elle-même.

Cependant, une fois introduit dans la science, le seigle ergoté a été expérimenté; mais c'est alors aussi que les doutes sont venus, que les opinions contradictoires ont surgi. Et, en effet, les uns, avec les docteurs Stearns et Prescott, de New-York, MM. Desgranges, Goupil, Villeneuve, Chevreul, Michell, etc., prétendent qu'il a sur l'utérus une action aussi puissante que positive, et qu'il provoque ses contractions; d'autres, au contraire, avec Chaussier et madame Lachapelle, lui contestent cette action. Ceux-ci, avec Giacomini, le disent hyposthénisant vasculaire; ceux-là, avec M. Barbier, pensent qu'il agit en excitant le renflement lombaire de la moelle épinière, et produit même des secousses convulsives dans les jambes et les cuisses. MM. Arnaud et Payan, d'Aix, Ducros, de Marseille, Biett, Guersant fils, sont également persuadés que c'est un excitant nerveux, et rapportent un assez grand nombre de paralysies, dans lesquelles il paraît avoir produit de bons résultats. La majeure partie des auteurs soutiennent que, pendant l'accouchement, par exemple, il n'agit bien que lorsque le col est dilaté; Michell, James Prowse, MM. Desgranges et Chevreul, au contraire, affirment que cette condition est inutile, et que ses effets sont aussi certains lorsque le col est dur et resserré; ceux-ci, MM. Waterhouse, Roche, etc., ont constaté qu'il arrête l'éclampsie survenue pendant l'accouchement; ceux-là qu'il l'exagère, et que quelquefois même il la produit. Le docteur Beckmann le donne dans l'aménorrhée, pour ramener l'écoulement menstruel, tandis que M. Prescott le repousse formellement dans ce cas, alléguant un grand nombre de faits qui prouvent qu'il arrête en effet, non-seulement les hémorrhagies utérines, mais encore l'hémoptysie, l'épistaxis, l'hématurie, l'hématémèse, etc. M. Lalesque le dit parfaitement innocent, même à très-fortes doses; et pourtant la science est pleine de faits, démontrant que très-souvent il produit des désordres extraordinaires, des ravages terribles. MM. Girardin, Thompson, lui reconnaissent des propriétés abortives très-énergi-

ques; et voilà MM. Desgranges, Gendrin, Cottereau, Davies, qui prétendent qu'il n'est nullement à craindre sous ce rapport; et, comme si tout devait être contradictoire dans l'emploi de ce moyen, Harles rapporte des observations d'où il résulte que des avortements imminents, compliqués d'hémorrhagie, ont été arrêtés par lui. Selon quelques auteurs, il agit sur le cerveau, à l'instar de l'opium, en enivrant et en provoquant le sommeil; selon d'autres, au contraire, en l'excitant et en produisant l'état de veille. Relativement à ses propriétés toxiques, mêmes doutes, mêmes contradictions. Voyez plutôt : les praticiens décrivent deux espèces d'ergotisme directement opposées : dans l'une (ergotisme convulsif) on observe, disent-ils, une surexcitation extrême portant spécialement sur la sensibilité et la myotilité, avec fourmillements aux extrémités, sensation de brûlure, spasmes, contractions des muscles cloniques ou toniques, etc.; dans l'autre, au contraire (ergotisme gangréneux), c'est justement l'inverse; car il y a affaissement, collapsus général, taches ecchymosiques, et, vers la fin, gangrène d'un ou de plusieurs membres. Enfin, les auteurs ne sont pas plus d'accord sur les quantités à administrer; l'un conseille les hautes doses, l'autre les doses fractionnées; celui-ci le préfère en poudre, celui-là en décoction ou en teinture. Wright vante l'huile qui entre dans sa composition; M. Bonjean, de Chambéry, la repousse comme un poison dangereux, et pense que les propriétés obstétriques se trouvent exclusivement dans l'extrait!...

Que dire? que penser? quel parti prendre, au milieu de ce tohubohu d'opinions opposées? C'est en vérité à s'y perdre. Comment se fait-il donc qu'une substance dont on a dit à la fois tant de mal et tant de bien, qu'une substance qu'on a appliquée à des affections si diverses et si sérieuses, ait été expérimentée si légèrement et avec si peu de suite, qu'on ne sache pas encore ce qu'on doit en attendre, et dans quels cas on peut être certain d'en obtenir de bons résultats? Oh! que la thérapeutique est encore peu avancée! qu'elle est en arrière des autres branches de l'art de guérir! Et pourtant, n'est-elle pas de toutes la plus importante?

Désirant nous assurer, par nous-même, de ce qu'il fallait craindre ou espérer du seigle ergoté, nous l'avons soumis à une expérimentation longue et variée; mais nous nous hâtons de dire que c'est particulièrement dans les engorgements chroniques de l'utérus, avec ou sans ulcération, que nous en avons obtenu les plus heureux résultats. Comment a-t-il agi? Est-ce par l'intermédiaire du système nerveux central, et spécialement du cervelet, ainsi que nous avons quelques raisons de le penser? est-ce en augmentant la contractilité générale, ou bien exclusivement celle de l'utérus? Ce n'est pas ici le lieu de discuter ces questions,

sur lesquelles nous reviendrons ailleurs et plus tard : guérissons d'abord, ensuite nous expliquerons ; qu'il nous suffise de rappeler ici que, dans quelques circonstances, le résultat a dépassé nos espérances.

Nos premiers essais ont été faits avec l'ergot fraîchement pulvérisé, et la dose a été d'abord de 20 à 30 centigrammes par jour. N'ayant observé aucun accident appréciable, nous avons successivement administré 60 centigrammes et même 1 gramme en 24 heures. A cette dose, il est vrai, quelques femmes ont éprouvé d'assez vives coliques qui se prolongeaient dans le bassin, et des douleurs lombaires prononcées ; mais le plus grand nombre en a été exempt. Deux, sur douze, ont ressenti de la pesanteur à la tête et des vertiges passagers : une seule nous a accusé, au bout d'un mois, des fourmillements aux mains et aux pieds. Ces derniers symptômes, dira-t-on peut-être, auraient dû nous effrayer et nous décider à tout suspendre, dans la crainte de voir survenir les accidents si formidables d'ergotisme dont les auteurs nous ont transmis les lamentables histoires ; mais nous étions parfaitement rassuré à cet égard, et cela par une raison bien simple, c'est que nous ne croyions nullement à la possibilité de ces accidents. La lecture attentive de tout ce qui avait été écrit à ce sujet nous avait, en effet, convaincu de l'impuissance de l'ergot à produire des résultats si variés, si contradictoires : nous étions trop persuadé qu'il n'a joué qu'un rôle tout à fait secondaire dans les épidémies en question, et qu'il faut en demander raison à une tout autre influence.

Cependant, pour plus de garanties, et aussi parce que nous désirions employer des doses plus élevées encore, nous avons voulu faire usage d'un composé qui, sous un moindre volume, pût produire le même résultat, et nous avons fait faire, par plusieurs pharmaciens, un extrait aqueux de cette substance. Ce produit, indépendamment qu'il était plus commode à administrer, méritait encore notre préférence, parce qu'il se trouve privé du principe toxique, c'est-à-dire de celui qui, selon les auteurs, exerce une si funeste influence sur le système nerveux central et sur l'appareil circulatoire. Il résulte, en effet, des expériences de M. Bonjean, de Chambéry, confirmées par celles de M. Félix Boudet, qui avait été chargé par la Société de pharmacie d'examiner le mémoire que le premier lui avait adressé, que le seigle ergoté renferme deux substances principales, l'une vénéneuse, représentée par une huile soluble dans l'éther, l'autre qu'on n'a pu encore complétement isoler, mais qui est soluble dans l'eau, et qui a pour effet d'augmenter la contractilité générale, et spécialement celle de la matrice. L'huile étant au contraire insoluble dans l'eau, notre extrait ne renfermait donc de l'ergot que la partie qui a une action sur les muscles ; aussi avons-nous pu en em-

ployer impunément des doses considérables. Qu'il nous suffise de rappeler ici que quelques malades ont pris jusqu'à 60 centigrammes et même 1 gramme d'extrait aqueux par jour, et cela pendant des mois consécutifs : or, selon M. Mialhe, 5 centigrammes de cet extrait représentaient 50 centigrammes de poudre. Nous devons dire cependant que les pharmaciens qui ont fait l'extrait ne sont nullement d'accord sur ses rapports avec la poudre, car M. Poulenc, au contraire, qui l'a fait, nous a-t-il dit, avec le plus grand soin, a trouvé que ce rapport était comme 1 est à 5 et une fraction, et M. Burq, comme 1 est à 6 1/2. En admettant que la préparation a été faite de part et d'autre avec un soin égal (et nous n'avons aucune raison d'en douter), la différence doit tenir évidemment aux qualités variables du seigle employé.

Chez toutes nos malades, même chez celles qui prenaient les doses lès plus élevées, l'estomac n'a éprouvé aucun dérangement appréciable; l'appétit est resté bon, et la digestion a continué de se faire comme par le passé. A la dose de 30 à 40 centigrammes par jour, un assez grand nombre de femmes ont ressenti des douleurs abdominales et lombaires analogues à celles que le seigle ergoté en poudre avait produites chez d'autres, seulement elles étaient beaucoup moins vives. Les unes et les autres les comparaient, du reste, aux coliques qui assez souvent précèdent les règles de quelques jours. Loin de nous en effrayer, nous considérions au contraire ces douleurs comme étant de bon augure, car elles prouvaient que l'utérus était sous l'influence du médicament. Celles-là, en effet, à dater de ce moment, ont éprouvé une amélioration chaque jour plus appréciable, et ont vu leur engorgement marcher avec une rapidité extrême vers la guérison. Ces douleurs n'ont du reste jamais été continues. Le plus souvent elles se développaient brusquement, et ressemblaient assez bien à ces élancements subits, à ces ***fulgura doloris*** des névralgies, puis cessaient tout à coup, pour reparaître au bout d'un temps variable. Elles ont été même parfois assez vives pour nous déterminer à ajouter, à l'extrait ergoté, du camphre, de la ciguë ou de la jusquiame. Il n'y a eu cependant aucun symptôme d'inflammation réelle du canal intestinal. Les déjections alvines ont été, à peu de chose près, les mêmes que dans l'état normal.

L'organe sécréteur de l'urine ne nous a pas paru non plus avoir subi de modification appréciable ; les malades, en effet, n'ont uriné ni plus ni moins que d'habitude; la composition du liquide n'a pas elle-même été influencée d'une manière tranchée : le plus souvent acide, nous ne l'avons trouvé que rarement alcalin ; or, c'est ce qu'on observe ordinairement, même en état de santé. Six fois sur trente, il nous a paru contenir une quantité notable d'albumine.

Quoi qu'en aient dit un grand nombre d'auteurs distingués, le seigle ergoté, ou tout au moins son extrait aqueux, n'a aucune action évidente sur le sang ni sur l'organe de l'hématose; en d'autres termes, le sang sorti de la veine ne nous a présenté aucune différence sensible, qu'il ait été recueilli avant l'usage de cette substance, ou pendant son administration, lors même que les malades en étaient pour ainsi dire saturées. Il ne nous a non plus jamais rien offert qui se rapprochât de l'altération que les auteurs ont signalée dans quelques circonstances, par exemple dans ce qu'ils ont appelé l'*ergotisme gangréneux;* mais, pour ne pas être reconnaissable à la vue, cette action sur le sang n'en est pas moins certaine; il est positif, en effet, ainsi que nous l'a fait voir un habile chimiste, M. Mialhe, que lorsque cette substance est en contact direct avec le sang, elle précipite son albumine en flocons tenaces qui ressemblent assez bien aux fausses membranes à demi organisées; aussi est-elle, selon nous, un des meilleurs antihémorrhagiques que nous possédions. En est-il de même lorsqu'on la donne à l'intérieur? Lorsqu'elle a subi les modifications profondes de la digestion, conserve-t-elle la même influence sur l'albumine du sang? Comme nous ne pourrions émettre ici que des suppositions, nous préférons laisser à plus habile que nous le soin de répondre à cette question.

Nous avions pensé *à priori* que l'extrait aqueux de seigle ergoté avait aussi une action réelle sur les battements du cœur, et nous nous sommes attaché à vérifier ce nouveau fait. Nous avons donc compté les pulsations artérielles à diverses époques de la journée; nous les avons en outre fait compter, en notre absence, par les malades elles-mêmes; mais il nous a été impossible de constater une différence sensible entre les jours ordinaires et ceux où nous administrions l'extrait. Sur deux malades cependant, il nous a semblé que les battements devenaient plus forts, leur fréquence restant à peu de chose près la même; mais nous n'oserions pas assurer que cette différence, si elle n'était pas une illusion, dépendait réellement de l'absorption du médicament, et non d'autres influences intérieures ou extérieures qu'il ne nous a pas été donné d'apprécier.

Quoi qu'il en soit, l'extrait aqueux de seigle ergoté a parfaitement atteint le but que nous nous étions proposé en l'employant. Nous en avons à peu près constamment obtenu des résultats importants dans les engorgements chroniques de l'utérus, avec ou sans ulcération, de même dans les catarrhes utérins, de même dans la leucorrhée simple, de même dans les engorgements œdémateux qui accompagnent d'habitude l'état chlorotique, etc.; seulement, nous ferons remarquer ici qu'il faut se garder de l'administrer dans les cas où la matrice, en totalité ou en partie, est actuellement travaillée par une inflammation

aiguë, lorsque, par exemple, elle est sensible à la pression hypogastrique, que l'examen vaginal trouve le col chaud, d'un rouge vif, douloureux, que le pouls est large et fort, etc. Dans tous ces cas, il nuit plus qu'il ne sert; aussi pensons-nous qu'on ne doit avoir recours à son emploi que lorsqu'on a combattu, par un traitement antiphlogistique convenable, les symptômes aigus dont il vient d'être question.

Dans un seul cas, chez une artiste de l'Opéra, nous avons vu, pendant son administration, se développer une métro-péritonite suraiguë qui a failli devenir funeste. Cependant nous ne pensons pas qu'on doive la rapporter à l'extrait, car aucune des nombreuses malades auxquelles nous l'avons donné n'a présenté rien de pareil; car cette même malade en faisait usage depuis plus d'un mois sans en ressentir d'influence fâcheuse; car l'invasion de la métro-péritonite a été subite et précédée de frissons et de vomissements, etc. M. Marjolin, qui a suivi la malade avec nous, n'a pas pensé non plus qu'il fallût en accuser l'ergot. Du reste, les accidents se sont promptement amendés, et la guérison ne s'est pas fait attendre.

En résumé, sur 36 malades affectées d'engorgement du col de l'utérus que nous avons traitées par l'extrait aqueux de seigle ergoté, 25 avaient aussi une ou plusieurs ulcérations qui étaient généralement superficielles; quelques-unes cependant, plus profondes, avaient détruit une partie du col.

Dans ce nombre, 22 avaient en même temps un engorgement du corps de l'organe; mais cette circonstance n'a apporté aucune différence sensible dans le résultat, le seigle ergoté agissant à la fois sur le corps et sur le col. La guérison a été, à peu de chose près, aussi rapide que lorsque le col seul se trouvait affecté.

La moyenne du traitement a été de trois mois environ.

Aucune de nos malades n'a observé le repos absolu; toutes, au contraire, se sont livrées comme avant à leurs occupations habituelles. Nous avons cependant remarqué que celles qui se fatiguaient moins guérissaient plus vite que celles qui faisaient des ouvrages pénibles ou se tenaient habituellement debout. Il faudra donc, à cet égard, observer une sorte de juste milieu, et, sans être aussi sévère qu'on l'est d'habitude, recommander à la malade d'éviter toute fatigue, surtout si la matrice est lourde et volumineuse, surtout si elle est basse et pèse au périnée.

Parmi les autres moyens que nous avons employés comme adjuvants, nous citerons les suivants :

Nos malades faisaient généralement des injections; seulement émollientes d'abord, nous ne les rendions astringentes que vers la fin du traitement. Parmi ces dernières, celles qui nous ont le mieux réussi sont

l'eau goudronnée, l'eau de cerfeuil, la décoction de seigle ergoté lui-même, l'eau blanche aiguisée avec l'eau-de-vie camphrée, l'eau ammoniacale, etc.

Quand l'engorgement présentait encore quelques symptômes d'acuité, nous avons tiré un très-bon parti des saignées révulsives de M. Lisfranc, pratiquées à la fin de chaque époque menstruelle.

Les cautérisations nous ont paru généralement plus nuisibles qu'utiles; cependant, quand l'engorgement tirait à sa fin, nous avons acquis la certitude qu'en touchant légèrement les ulcérations avec le nitrate acide de mercure ou tout autre caustique, on obtenait une guérison plus rapide.

Enfin, chez les femmes chlorotiques, lymphatiques, ou épuisées, soit par les progrès du mal, soit par des pertes blanches ou rouges prolongées, nous avons joint avec succès l'iodure de fer a l'extrait aqueux de seigle ergoté, etc., etc.

Obs. I. — *Engorgement dur et mamelonné de la partie moyenne des deux lèvres du museau de tanche, double ulcération, traitement énergique et prolongé sans résultat; abcès formé à la suite d'une cautérisation, et ouvert dans le rectum; emploi, en dernier lieu, de l'extrait aqueux de seigle ergoté; guérison rapide et définitive.* — Mme G..., âgée de cinquante-trois ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, a eu une jeunesse tourmentée par de fréquentes indispositions. Chlorotique de quinze à vingt ans, elle s'est mariée à vingt-trois, et elle a eu successivement cinq couches naturelles et quatre fausses-couches.

Depuis le dernier accouchement, qui a eu lieu au mois de juin 1833, Mme G... a été constamment malade. Notons d'abord qu'elle a vu en rouge. pendant cinq mois consécutifs: vers le commencement du sixième, le sang s'est arrêté de lui-même; mais elle y a plus perdu que gagné, car, dès ce moment, elle a eu des douleurs lombaires vives et continuelles, un écoulement glaireux abondant, des élancements dans les aines et le bassin, des digestions difficiles; bref, les symptômes ordinaires des engorgements utérins. Comme elle avait alors quarante-quatre ans, elle rapportait tout cela à son époque critique, et ne faisait aucun traitement. Un an encore s'est écoulé, la malade reculant toujours devant un examen direct; mais les symptômes précédents ayant pris une nouvelle intensité, elle se décida, le 15 janvier 1839, à venir nous confier ses craintes et réclamer nos soins. Voici, en peu de mots, l'état dans lequel nous l'avons trouvée:

La peau du périnée, continuellement irritée par le liquide qui s'écoulait du vagin, était légèrement érythémateuse; la muqueuse vaginale était elle-même injectée, rouge, et çà et là hypertrophiée; la matrice, plus lourde et plus basse qu'à l'ordinaire, modérément déjetée à droite, présentait sur son orifice, béant et arrondi, deux cicatrices résultant évidemment d'anciennes déchirures formées pendant l'accouchement. Sur le milieu de chaque lèvre du museau de tanche on remarquait une saillie dure, rugueuse, légèrement colorée en rouge, insensible au toucher, et saignant sous la compression du spéculum. Celle de la lèvre postérieure était creusée de deux

ulcérations de la largeur d'une lentille, à fond grisâtre, à bords inégaux et renversés en dehors; enfin, le liquide glaireux dont nous avons parlé se trouvait remplacé depuis quelque temps par une sérosité rougeâtre, ressemblant à de la lavure de chair, et déjà d'une odeur pénétrante.

Cette affection nous paraissant de nature squirrheuse, nous avons tout d'abord désespéré de notre malade. Cependant, comme l'altération était encore limitée à une portion du col, et que Mme G... était loin d'être épuisée, nous avons voulu tenter quelques moyens, et nous lui avons prescrit le traitement suivant : tous les huit jours cautérisation des ulcérations, bains, injections calmantes et adoucissantes, pilules avec le muriate d'or et l'extrait de ciguë; de temps en temps purgatif avec parties égales d'aloès et de calomel.

Pendant deux ans consécutifs, nous avons lutté, avec des résultats divers, suspendant de temps en temps le traitement, le reprenant ensuite; remplaçant parfois le muriate d'or par les iodures de soufre ou de fer, cautérisant tantôt avec le nitrate acide de mercure, tantôt avec le nitrate d'argent, ou le chlorure d'antimoine, ou la potasse caustique, etc.; nous avons fait aussi, sur le col même, des frictions avec la pommade mercurielle et belladonisée, et nous avons fait injecter tour à tour des décoctions de morelle, de suie, de cerfeuil, des solutions concentrées de nitrate d'argent, de sulfate de zinc, d'eau blanche camphrée, etc. Mais tous ces moyens, et d'autres encore qu'il est inutile d'énumérer, n'ont eu aucune influence décisive sur l'affection dont il s'agit; seulement les douleurs lombaires et l'écoulement ont notablement diminué. Les ulcérations se sont plusieurs fois cicatrisées; mais au bout d'un temps généralement peu long, elles se reproduisaient, et nous étions forcé de les attaquer de nouveau.

Au 1er juin 1841, à la suite d'une cautérisation par le nitrate d'argent, et après un frisson d'un quart d'heure, une douleur vive s'est déclarée dans la profondeur du bassin, et la fièvre s'est développée avec le cortége ordinaire de ses malaises et de ses symptômes. Bientôt la douleur, de plus en plus violente, s'est étendue à l'anus et au col de la vessie, s'exaspérant par la pression sus-pubienne et par l'émission des urines. Nous n'avons pu d'abord déterminer si l'inflammation occupait la partie postérieure du corps de la matrice ou le tissu cellulaire qui la sépare en arrière du rectum : toujours est-il que ce tissu a été lui-même envahi un peu plus tard, car le toucher ne nous a laissé aucun doute à ce sujet.

Quoi qu'il en soit, et nonobstant un traitement antiphlogistique énergique, tous les symptômes ont rapidement augmenté; une agitation violente est survenue et s'est accompagnée de délire; le ténesme vésical s'est accru, et l'émission de l'urine, qui ne se faisait déjà plus que goutte à goutte, a fini par se suspendre complétement; bientôt aussi des envies fréquentes d'aller à la garde-robe se sont déclarées, et la malade a fait de vains efforts pour y satisfaire. Dès lors les lavements ne font qu'exaspérer ces douleurs, et sont rendus aussitôt que pris; un peu plus tard le ventre se ballonne, la langue devient sèche et brûlante, le délire augmente, tout enfin nous annonce une inflammation violente, et nous fait craindre sérieusement pour la vie de notre malade.

Le point de départ de la maladie, la marche successivement croissante des symptômes, leur concentration en un point limité du bassin, etc., tout nous présage bien un abcès; mais que faire? En introduisant un doigt dans le

rectum et l'autre dans le vagin, nous sentions bien une tuméfaction considérable dans la cloison recto-vaginale, mais il nous était impossible d'apprécier la fluctuation, et bien évidemment le foyer était au-dessus du point où l'extrémité de nos doigts pouvait atteindre. Cependant comme la douleur se faisait particulièrement sentir au rectum, comme la défécation était suspendue depuis huit jours, comme enfin une sonde en gomme élastique se trouvait arrêtée à la profondeur de trois pouces environ, nous avons pensé que le pus se ferait jour par l'intestin, et, dans l'espoir d'activer son ouverture, nous avons administré 32 grammes d'huile de ricin.

Nos prévisions se sont en effet réalisées; la pression déterminée par les matières fécales, et sans doute aussi les efforts de la défécation, ont produit la rupture spontanée de l'abcès, et un demi-litre de pus et de sang s'est écoulé par l'anus. La malade s'est trouvée soulagée immédiatement, et l'émission des urines a repris son cours ordinaire. Pendant cinq jours encore, du pus a été rendu par le fondement, mais chaque fois de moins en moins, et le sixième jour la guérison était complète.

Un peu plus tard, comme la cautérisation avait été évidemment la cause déterminante de l'accident, nous n'avons plus osé y revenir. Nous avons résolu alors d'essayer l'extrait aqueux de seigle ergoté, qui nous avait si bien réussi dans les simples engorgements, et que nous n'avions pas employé ici, parce que nous y voyions quelque chose de plus, c'est-à-dire une affection cancéreuse : la malade a donc pris le matin et le soir une pilule composée de 15 centigrammes d'extrait aqueux de seigle ergoté et de 5 centigrammes de ciguë.

Après cinquante jours de ce nouveau traitement, qu'elle est allée faire à la campagne, nous avons examiné Mme G..., et nous n'avons pas peu été supris du résultat obtenu. Déjà, en effet, les petites ulcérations avaient disparu; déjà la rougeur de la lèvre antérieure avait à peu près complètement cessé, et la lèvre postérieure, siége principal de l'affection, était moins dure, moins engorgée, et se rapprochait davantage de la coloration normale; la matrice avait également repris sa place ordinaire; enfin l'écoulement leucorrhéique était diminué des deux tiers et ne présentait aucune trace de sang : continuation du même traitement; seulement nous augmentons l'extrait ergoté.

Pendant tout le mois suivant, la malade éprouva une douleur fixe à la partie postérieure de la tête et du cou; elle ressentit également, de loin en loin, des coliques du reste peu vives; mais l'amélioration n'en marcha pas moins avec une grande rapidité, et à la fin du troisième mois du nouveau traitement, il ne restait plus rien de l'affection, qui nous avait paru si sérieuse que nous en avions tout d'abord désespéré.

Obs. II. — *Engorgement du col de la matrice à la suite de douze grossesses, dont neuf avec fausse-couche; applications de sangsues sur l'engorgement même; ulcérations consécutives; guérison par l'extrait aqueux de seigle ergoté; reproduction du mal; nouvelle guérison définitive.* — Mme D..., âgée de trente-huit ans, d'une constitution nerveuse et irritable, a perdu sa mère, à l'âge de cinquante-deux ans, d'une affection cancéreuse de la matrice. Réglée à seize ans et demi, mariée à dix-huit, elle a eu successivement trois enfants à terme et neuf fausses-couches, qui toutes ont eu lieu vers trois mois et demi de la grossesse.

Depuis longtemps déjà Mme D... souffrait de la matrice, ressentait dans les

reins des douleurs très-vives qui retentissaient à l'aine gauche, à la fesse droite, quelquefois même tout le long de la cuisse du même côté; elle éprouvait également une sensation de brûlure dans la partie inférieure du sacrum, une pesanteur insolite à l'anus, et un écoulement leucorrhéique abondant. Les règles étaient cependant assez régulières, quoique très-variables sous le rapport de la quantité.

Ces symptômes n'étant pas constants, la malade s'en inquiétait peu; mais à dater de la dernière fausse-couche, qui eut lieu le 15 juin 1838, son état ayant considérablement empiré, elle alla consulter un médecin distingué de Paris. Ce médecin l'examina au speculum, et il ne trouva, nous a-t-elle dit, qu'un engorgement du col sans ulcérations. Deux saignées, des bains, des injections astringentes, le repos absolu, etc., ont d'abord été employés, mais sans résultat favorable : on eut recours alors à deux applications de sangsues sur le col même. Ce dernier moyen ne fit qu'aggraver le mal, c'est du moins la conviction de la malade, qui se refusa formellement à une troisième application. Deux mois après elle vint nous consulter, et voici ce que nous avons observé :

Au toucher, la matrice nous a paru un peu abaissée, renversée modérément à droite et légèrement sensible à la pression. Le museau de tanche était rugueux et hypertrophié. Le speculum nous a fait reconnaître, vers le milieu de chaque lèvre, une ulcération irrégulière, granuleuse, à fond grisâtre, assez profonde, et de la largeur d'une grosse lentille. Ajoutons aussi qu'au milieu de celle de la lèvre antérieure s'élevait un petit mamelon d'un rouge foncé, comme imbibé de sang, lisse et mou. L'orifice de l'utérus était en outre béant, baigné d'un liquide séro-sanguinolent et d'une odeur acide.

Nous avons donc soumis la malade à notre traitement ordinaire par l'extrait aqueux de seigle ergoté. Pour être court, disons qu'au bout de trois mois et demi environ de ce traitement, elle a été complètement débarrassée de tous les symptômes précédents, sauf la fongosité, que nous avons dû cautériser deux fois. Depuis ce moment, les règles ont été très-régulières, et la malade a joui d'une parfaite santé.

Cependant six mois après, quelques-uns des premiers symptômes se sont renouvelés, et lorsque nous avons examiné la malade, nous avons trouvé le col utérin moins engorgé sans doute que précédemment, mais assez pour nous faire redouter une recrudescence sérieuse. La végétation de la lèvre antérieure s'était également reproduite, de même l'ulcération correspondante. Dès ce moment aussi les règles ont cessé, la malade est devenue d'une pâleur extrême; les paupières se sont bouffies, l'appétit s'est perdu, les digestions sont devenues laborieuses; bref la malade a présenté la plupart des symptômes propres à la chlorose. Notons aussi que son goût s'est perverti; qu'elle avait un plaisir indicible à ronger ses ongles, et que lorsque ceux-ci sont devenus trop courts pour satisfaire cette singulière passion, elle s'est prise à les remplacer par des plumes, qu'elle rongeait au nombre de quatre à cinq par jour. Toutes les remontrances qu'on lui a faites à cet égard n'ont servi qu'à la rendre dissimulée; car elle nous a avoué depuis qu'elle se cachait pendant le jour, et que la nuit elle se livrait sans mesure à ce désir, devenu pour elle irrésistible.

Notre traitement ayant suffi une première fois pour faire disparaître des lésions plus graves encore que les précédentes, nous y sommes revenu en toute confiance; seulement, comme nous avions à combattre aussi une nou-

velle série de symptômes, la chlorose, nous avons ajouté à l'extrait ergoté 10 centigrammes d'iodure de fer pour chaque pilule.

Au bout de deux mois de ce nouveau traitement, l'utérus avait repris son état normal; mais la récidive nous rendit plus circonspect, et nous continuâmes pendant trois mois encore l'usage des pilules, en ayant soin d'en augmenter progressivement les doses. Le résultat fut des plus heureux; les règles devinrent très-régulières, la bouffissure des paupières cessa, l'embonpoint revint, les digestions furent meilleures, et la malade ne fut plus tourmentée par la perversion du goût dont il vient d'être question. Cette fois la guérison fut définitive.

Réflexions. — Les limites du journal ne nous permettent pas de faire ici toutes les réflexions que cette observation pourrait susciter. Nous ne pouvons cependant nous dispenser de nous arrêter quelques instants sur les nombreuses fausses-couches qui ont eu lieu. Ces fausses-couches prouvent en effet que la matrice était altérée de vieille date; elles prouvent aussi que, lorsque cet organe est malade, la conception se fait peut-être plus facilement que dans l'état sain, à cause sans doute de la dilatation de son col, mais que la gestation n'arrive presque jamais à son terme normal. C'est qu'il y a un degré de distension qu'une matrice malade ne peut pas dépasser, et au delà duquel elle se contracte et chasse le corps qui l'irrite et la gêne. L'époque à laquelle ces contractions ont lieu varie ordinairement selon le degré de la lésion. Voilà sans doute pourquoi il y a des femmes qui font toujours des fausses-couches à deux mois, d'autres à trois, d'autres encore à quatre, etc. Quelques auteurs attribuent cette sorte de périodicité régulière à nous ne savons quelle habitude contractée; mais pourquoi en appeler à des suppositions, lorsque l'explication matérielle est là qui donne si naturellement raison du fait?

Nous ferons remarquer aussi, avant de terminer, combien les sangsues appliquées sur le col ont été peu efficaces. Nous ne dirons pas, comme la malade, qu'elles ont été l'unique cause de l'aggravation de son mal; toujours est-il qu'il n'y avait avant leur application aucune trace d'ulcération, et que peu de temps après nous en avons constaté deux. N'y a-t-il là aucune corrélation de cause à effet? Nous n'oserions rien affirmer. Nous dirons cependant que nous avons eu l'occasion d'observer déjà un assez grand nombre de fois un résultat semblable. Aussi bien nous comprenons à merveille que les morsures de sangsues, ces petites plaies qui tiennent à la fois de la déchirure et de la contusion, continuellement en contact avec les produits de la sécrétion des parties voisines, finissent par s'enflammer, et subsidiairement par s'ulcérer. Aussi nous abstenons-nous de ce moyen, voire même dans les engorgements

purement inflammatoires; nous lui préférons, dans tous les cas, la saignée, soit spoliative, soit révulsive, etc.

ARNAL.

DE L'EMPLOI DU NITRATE DE POTASSE A HAUTE DOSE DANS LE TRAITEMENT DU RHUMATISME ARTICULAIRE.

Par M. MARTIN SOLON.

Le rhumatisme articulaire aigu est sans contredit l'une des maladies inflammatoires qui offrent le plus de tenacité. Abandonné à lui-même, il est rare qu'il se termine bientôt; le plus souvent il passe à l'état chronique. On le voit néanmoins, dans quelques cas rares et peu intenses, arriver spontanément à une solution satisfaisante en deux ou trois septénaires. Entre plusieurs exemples que nous avons observés dans le but de connaître la marche de la maladie, et de savoir si l'art devait nécessairement intervenir pour la combattre, nous citerons le plus récent; c'est celui d'une blanchisseuse âgée de vingt et un ans, nommée Briffaut. Cette jeune fille fut atteinte d'une arthritis générale à l'âge de douze ans. Faiblement combattu à l'aide de quelques sangsues et de quelques bains, le rhumatisme ne se dissipa qu'après six mois de durée, ne laissant aucune trace sensible pour la malade. Sa santé était parfaite, lorsque, vers le 20 juin 1843, l'arthritis reparut aux cous-de-pieds et aux genoux, avec fièvre assez vive. L'apparition des règles fit cesser les accidents, mais ils se reproduisirent bientôt, et la malade entra à l'hôtal Beaujon le 13 juillet, n'ayant fait aucun traitement. Cous-de-pieds faiblement tuméfiés et douloureux, articulations des genoux douloureuses et distendues par plus de 100 grammes de synovie; 96 pulsations, bruit de souffle très-prononcé au premier temps, annonçant un rétrécissement auriculo-ventriculaire, produit sans doute par une endocardite datant de la première affection rhumatismale. État satisfaisant des voies digestives. D'après le dire de la malade, l'état des articulations s'améliorait; le nitrate de potasse n'était donc point indiqué; l'ancienneté de l'endocardite laissait peu d'espoir de modification; nous prescrivîmes une infusion pectorale et des potages. Un peu de transpiration s'établit. La fréquence du pouls diminua. Les cous-de-pieds et les genoux s'améliorèrent graduellement, le poignet droit seul se tuméfia un peu le 16 juillet; la malade mangeait le dixième. Les jours suivants, le gonflement de toutes les articulations était dissipé, et le 23 juillet la fille Briffaut en assez bon état pour sortir de l'hôpital et reprendre son travail, après trente-trois jours de maladie et treize de séjour à l'hôpital. Ne ressen-

tant aucune douleur au cœur, elle refusa l'application de tout exutoire sur cette région.

Nous nous sommes contenté de l'expectation ou de l'usage de flanelle et de taffetas gommé, d'embrocations huileuses calmantes, de bains de vapeur, etc.; et nous n'avons jamais prescrit le nitrate de potasse dans des cas aussi légers que celui que nous venons de rapporter, ou quand il y avait tendance à une amélioration spontanée.

On sait que l'arthritis est rarement aussi bénigne; qu'elle ne se borne pas toujours à affecter trois ou quatre articulations, qu'elle les envahit toutes successivement, quelquefois même presque toutes en même temps, et qu'elle constitue, dans le plus grand nombre de cas, une maladie des plus douloureuses, et l'une de celles qui réclament le plus impérieusement les secours de la thérapeutique. Mais auxquels doit-on recourir?

Les antiphlogistiques, si évidemment indiqués contre l'arthritis aiguë par l'état riche, plastique et couenneux du sang, dans lequel les recherches chimiques de MM. Andral et Gavarret ont reconnu une surabondance de fibrine; les antiphlogistiques finissent par dissiper la maladie, mais sont souvent suivis d'une longue convalescence. Employées coup sur coup, comme le dit M. Bouillaud, les saignées ont l'avantage d'attaquer les invasions successives et coup sur coup du rhumatisme, et le font cesser avec plus de rapidité que quand elles sont éloignées les unes des autres. Mais avec ce traitement la maladie est encore d'une certaine durée et la convalescence un peu longue; enfin, outre que les émissions sanguines répétées n'arrêtent pas l'invasion successive du mal, et retirent du sang sans modifier celui qui reste, elles ne conviennent pas à toutes les constitutions.

Les stupéfiants, tels que le stramonium et la belladone, employés par de Kirchoff et Blackett (*Bibliot. thér. de Bayle*, vol. II), peuvent être dangereux. L'opium, prescrit dans plusieurs cas par M. Piedagnel, ne m'a pas semblé d'un avantage incontestable. Le colchique guérit quelquefois, mais occasionne souvent des diarrhées rebelles. L'émétique à haute dose, si utile dans certaines pneumonies aiguës, est généralement moins employé contre le rhumatisme. Pour moi, je l'ai vu, dans un cas d'arthritis intense et sans complication, suivi d'une entérite rapidement mortelle, et caractérisée par une éruption pustuleuse sur tout le canal intestinal, que je ne pus attribuer qu'à l'action directe du tartre stibié, et qui me détermina à rechercher un autre médicament. Les travaux de Brocklesby, de Macbride et de William White m'indiquaient le nitrate de potasse à haute dose; quelques faits rapportés par Gmelin et par divers auteurs pouvaient me faire redouter l'usage de ce moyen; mais l'expérience des anciens maîtres, celle de plusieurs praticiens distin-

gués, consignée dans le Dictionnaire de MM. Mérat et de Lens, les succès obtenus par M. Gendrin, succès dont me parla M. Aran, qui resta quelques mois interne dans mon service ; enfin les propriétés contre-stimulantes sédatives ou tempérantes de ce sel neutre, me déterminèrent à l'essayer. J'exposerai dans ce mémoire les résultats thérapeutiques que j'ai obtenus ; j'examinerai dans un autre le mode d'action du médicament.

Citons dans une première partie les observations sur lesquelles est basé ce travail ; nous verrons ensuite les effets physiologiques et thérapeutiques du médicament.

PREMIÈRE PARTIE : OBSERVATIONS.

Nous divisons en quatre sections, et de la manière suivante, les observations que nous devons faire connaître :

1° Rhumatismes articulaires aigus *simples* traités par le nitrate de potasse seul ; 2° rhumatismes articulaires aigus *simples* dans lesquels l'usage du nitrate de potasse se trouve compliqué de l'apparition de quelques épistaxis ou de l'emploi d'émissions sanguines artificielles : elles ont toujours été très-peu abondantes ; 3° rhumatismes articulaires aigus *compliqués*, contre lesquels le nitrate de potasse a été employé seul ou conjointement avec la saignée ; 4° rhumatismes et rhumatalgies apyrétiques dans lesquels le nitrate de potasse n'a point eu de succès.

§ I. *Rhumatismes articulaires aigus simples traités par le nitrate de potasse seul.*

Ces cas sont au nombre de 16. Il y en a 2 légers, 9 moyens et 5 intenses. Voici quelques exemples de chacune des ces catégories.

1° Cas légers. *Rhumatismes articulaires aigus*, *nitrate de potasse à haute dose.*

Obs. I. Dondaine, âgé de vingt ans, d'une assez forte constitution, jardinier, travaillant momentanément à la fabrique de céruse de Clichy, entre le 26 janvier 1840 à l'hôpital Beaujon, atteint depuis trois jours de coliques. L'usage de la limonade sulfurique, des bains sulfureux d'abord, puis alcalins, a dissipé graduellement la constipation et les accidents saturnins, lorsque le 30 janvier le genou droit devient douloureux. La fièvre, la rougeur et l'épanchement articulaire indiquent que le mal ne se borne point à une simple arthralgie saturnine, mais qu'un rhumatisme articulaire aigu se développe. Le malade n'eu a jamais été affecté. Limonade sulfurique, onctions avec 30 grammes de baume tranquille et 3 grammes d'extrait de stramoine; envelopper l'articulation de flanelle et taffetas gommé, bouillon.

31 janvier. Ventre libre et indolent, épanchement synovial dans les deux

genoux, le gauche est très-douloureux, le droit l'est moins que la veille, insomnie causée par les douleurs; 120 pulsations, bruit de souffle au premier temps, pouvant dépendre autant de l'anémie commune aux cérusiers, que d'une endocardite. 24 grammes de nitrate de potasse pour 3 litres de limonade édulcorée, diète.

1er février. Le malade a bu sa tisane; il n'a pas uriné plus qu'à l'ordinaire, mais il a beaucoup transpiré et il a eu deux garde-robes. Les deux genoux sont douloureux et volumineux ainsi que les articulations des pieds et celles du pouce de la main gauche, peau peu chaude, 112 pulsations. 36 grammes de nitrate de potasse pour 3 litres de décoction de chiendent, bouillon.

2 février. La tisane a été bue, genoux indolents, épanchements diminués, articulations tibio-tarsiennes gonflées et douloureuse, pouce gauche indolent, appétit. Même prescription.

3 février. Amélioration de l'état des diverses articulations, cent quatre pulsations, langue saburrale, appétit, trois garde-robes. Même prescription.

4 février. Les diverses articulations sont presque à l'état normal, 84 pulsations. 30 grammes de nitrate de potasse, soupe.

5 février. Pas de sueur, urine en quantité proportionnelle avec les boissons, garde-robe normale, il ne reste qu'un peu de raideur dans les mouvements de la main gauche, 76 pulsations, pâleur anémique du visage. 24 grammes de nitrate de potasse; trois soupes.

La santé se rétablit complétement les jours suivants; on cesse le nitrate de potasse le 10, et l'on accorde la demie, puis les trois quarts.

20 février. Doudaine sort, ayant recouvré ses forces et ses couleurs. Il ne présente aucun bruit anormal au cœur.

L'anémie saturnine de ce malade contre-indiquait certainement les émissions sanguines; un autre traitement était donc nécessaire. L'efficacité du nitrate de potasse était démontrée le cinquième jour de son emploi.

Obs. II. Chez un malade couché au n° 33 pendant le mois de novembre 1842, les poignets, les genoux, les gaines tendineuses des fléchisseurs de la jambe, les articulations du péroné gauche et l'insertion inférieure du muscle biceps fémoral étaient tuméfiés, rouges et douloureux depuis le 4 novembre. Le nitrate de potasse à la dose de 20 grammes pour deux litres de chiendent fut commencé le 6; le 9, le malade était dans un état satisfaisant, et le 18, il sortait guéri. Un peu de dévoiement ayant eu lieu dès le commencement de la maladie, on ajouta 30 grammes de sirop de pavot blanc à sa tisane. Cette addition fit tolérer le nitrate de potasse, et le dévoiement cessa dès le 8 novembre.

La convalescence de ces deux malades a commencé le quatrième et le troisième jour du traitement.

2° Cas moyens. ***Rhumatisme articulaire aigu, nitrate de potasse à haute dose.***

Obs. III. Rigaut, cordonnier, âgé de trente ans, d'une bonne constitution,

a été atteint plusieurs fois de rhumatisme articulaire aigu, dont on l'a traité par la saignée; il fut pris, dans le mois de mai 1840, de douleurs articulaires vagues et apyrétiques pour lesquelles il entra à l'hôpital Beaujon le 3 juin. Des applications narcotiques, des bains sulfureux et de vapeur dissipèrent ces douleurs en trois septénaires. Quatre jours après sa sortie, Rigaut est tout à coup repris de douleurs dans les poignets et rentre à l'hôpital Beaujon.

28 juin, deuxième jour de la maladie. Articulations des poignets et des doigts tuméfiées, rouges, douloureuses et complétement immobiles, peau chaude, pouls à 120, bruit de souffle à la base du cœur se prolongeant dans l'artère aorte, peu de soif. 20 grammes de nitrate de potasse dans 2 litres de tisane de chiendent, diète.

29 juin. Le malade a bu sa tisane; un peu de sueur, urine plus abondante, pas de vomissement ni de colique, pas de nouvelles douleurs, poignets moins gonflés, moins rouges et moins douloureux, 104 pulsations. 30 grammes de nitrate de potasse dans 3 litres de tisane, bouillon.

30 juin et 1er juillet. Le nitrate de potasse est toujours toléré, l'amélioration augmente; soupe et bouillon.

2 juillet. Urine abondante, une seule garde-robe, pas de sueurs, 96 pulsations, appétit. 20 grammes de nitrate de potasse, demi-quart.

La convalescence se confirme les jours suivants, et Rigaut sort parfaitement guéri le 20 juillet.

Ce rhumatisme était assez intense sous le rapport de la réaction fébrile; les suivants ont présenté un plus grand nombre d'articulations malades.

Obs. IV. Barthélemy, cordonnier, âgé de trente-six ans, d'une constitution assez forte, plusieurs fois atteint de rhumatismes que l'on a toujours traités par la saignée, en a depuis été affecté en 1838. Cette attaque, la plus courte de toutes, a duré trois semaines. Demeurant comme concierge dans une maison froide et humide, il éprouve une nouvelle atteinte rhumatismale le 14 novembre 1841. La maladie prend cette fois une intensité plus grande que toutes les autres. Des cataplasmes sont appliqués sur les jointures douloureuses, et, quelques jours après, Barthélemy se rend à l'hôpital Beaujon.

20 novembre, sixième jour de la maladie. Facies animé, couvert de sueur; épaule gauche et poignets tuméfiés, douloureux, immobiles, hydarthrose douloureuse du genou gauche, articulation iléo-fémorale droite douloureuse et immobile, cous-de-pieds rouges, tendus, immobiles et douloureux, peau chaude, pouls large et dur donnant 120 battements, cœur normal, respiration libre, soif vive, langue muqueuse, humide, anorexie, ventre indolent, urine un peu rare, jumenteuse, déposant d'abondants cristaux d'acide urique. 24 grammes de nitrate de potasse dans 3 litres d'infusion pectorale, diète.

21 novembre. Le malade a bu sa tisane; tolérance complète, sueurs modérées, pas de douleurs nouvelles, diminution des anciennes.

Les douleurs s'amendent rapidement les jours suivants, et Barthélemy demande sa sortie après quatre jours de traitement.

Obs. V. Lanneau, âgé de dix-huit ans et déjà rhumatisant, entre le 17 juin

1841, atteint, depuis le 14, d'arthritis qui occupe les poignets, les genoux, les cous-de-pieds et les orteils. Il commence le 18 le nitrate de potasse à la dose de 30 grammes. Tolérance, diminution graduelle des douleurs, aucune nouvelle ne se développe et, dès le 22, le pouls est tombé de 100 à 84 battements, le sommeil se rétablit. Le 23, cinquième jour de traitement, guérison, cessation du traitement. Sortie le 25 juin parfaitement guéri.

Obs. VI. Derter, âgé de trente ans, entré en juillet 1842, le neuvième jour de son arthritis, a été également guéri le cinquième par le nitrate de potasse, dont la dose a été portée de 24 à 30 grammes.

Obs. VII et VIII. Deux femmes ont été guéries le septième jour du traitement. La première, nommée Personne, âgée de vingt-deux ans, pendant le mois de novembre 1840. Elle était au troisième jour de sa maladie. Le nitrate de potasse fut porté de 14 grammes à 20, partie en pilules et partie en solution dans la tisane. La femme Marie, âgée de trente-un ans, était au quatrième jour de sa maladie, quand, le 25 décembre 1842, le traitement fut commencé. Dès le 1er janvier, son état était satisfaisant. Elle prenait chaque jour 30 grammes de nitrate de potasse. Le 4, elle mangeait le quart; le nitrate de potasse était cessé, et la sortie s'effectua le 19 le pouls était descendu de 92 à 48 battements.

Obs. IX. La guérison est survenue après huit jours de traitement chez Bernard, terrassier, âgé de soixante-un ans, anciennement affecté de rhumatisme et conservant un bruit de souffle au premier temps. L'usage du nitrate de potasse fut commencé à la dose de 20 grammes, le 17 septembre, dixième jour de la maladie, et porté graduellement à 40 grammes dans 2 litres de limonade. Les principales articulations supérieures et inférieures étaient affectées. Dès le 21 septembre, quatrième jour du traitement, le pouls était tombé de 88 à 72 battements. Deux jours après la convalescence était assurée.

Obs. X. Chez Marquion, palefrenier, âgé de vingt-un aus, la maladie, non moins intense, était arrivée à sa période de convalescence le neuvième jour de l'administration du nitrate de potasse. Ce sel, commencé à 30 grammes le neuvième jour de la maladie, avait été porté graduellement à la dose de 60 grammes dans 4 à 6 litres de limonade. Les urines furent abondantes, proportionnées à la quantité des boissons, et les sueurs en même temps très-fortes, excitées sans doute qu'elles étaient par la chaleur du mois d'août. Il n'eut que quelques selles molles, mais pas de dévoiement. Nous ne tenons pas compte d'une épistaxis qui se manifesta quand l'amélioration était entièrement prononcée et le pouls tombé de 96 à 72 battements.

Obs. XI. Ce fut le dixième jour seulement de l'administration du nitrate de potasse que la convalescence eut lieu chez Boucher, journalier, âgé de trente-deux ans. L'usage du nitrate de potasse fut commencé chez lui le onzième jour de la maladie, et porté de 30 à 60 grammes. Le malade, entré le 19 décembre 1840, eut une faible recrudescence les 2 et 3 janvier, mais sortit le 19 parfaitement guéri.

Chez les malades de cette catégorie le nitrate de potasse a été donné, aux sept premiers, à la dose de 20 à 30 grammes, et à la dose de 30 à 60 chez les deux derniers, pour guérir, terme moyen, en six jours et

demi, des rhumatismes dont le traitement a été commencé après six jours trois quarts d'invasion.

3° *Cas intenses. Rhumatismes articulaires graves traités par le nitrate de potasse seul.*

Cinq malades sont rangés dans cette catégorie, soit par rapport à la gravité de l'état général, soit à cause de l'intensité de l'arthritis qui a déterminé l'emploi presque constant de doses élevées de nitrate de potasse. Comme pour la précédente catégorie, nous nous contenterons d'esquisser celles de nos observations dont la marche a présenté le moins d'incidents, en réservant une description plus étendue à celles qui ont offert le plus d'intérêt. Nous les classerons d'après le nombre de jours qui ont été nécessaires à l'arrivée de la convalescence après l'administration du nitrate de potasse.

Obs. XII. Clairet, marchand de vins, âgé de quarante-quatre ans, d'une assez grande taille et d'une forte constitution, sujet à ressentir une douleur rhumatismale à l'épaule droite que son habitation humide fait revenir de temps en temps, se portait très-bien lorsque, le 30 janvier 1842, ses cous-de-pieds devinrent le siége de douleur et de gonflement, les autres articulations se tuméfièrent successivement; un bain ne produisit aucun amendement, et le malade entra le 5 février à l'hôpital Beaujon.

6 février, septième jour de la maladie. Les articulations des pieds, des cous-de-pieds, des genoux et des hanches sont gonflées et tellement douloureuses que toute cette partie inférieure du corps est immobile et comme frappée de paraplégie, les gaînes tendineuses de la région postérieure des genoux tuméfiées et douloureuses à la pression, la peau de ces parties n'est pas plus rouge que dans l'état normal, mais elle est rouge à l'épaule et au poignet droits, qui sont également rhumatisés; insomnie depuis plusieurs jours; 120 pulsations, cœur normal, respiration libre, peau brûlante, soif, langue blanche, constipation, urine jumenteuse, et fortement briquetée. 30 grammes de nitrate de potasse pour trois litres d'infusion pectorale, diète.

7 février. Tolérance. Même prescription.

8. Articulations inférieures moins douloureuses et plus mobiles, les supérieures plus rouges et plus tuméfiées, l'épaule gauche et les articulations des mains rhumatisées; 112 pulsations. 40 grammes de nitrate de potasse.

9. Sueurs, pas de garde-robe, rêvasseries sans céphalalgie, douleur à l'appendice xyphoïde, oppression, cœur et poumon dans un état satisfaisant, cent pulsations, amélioration très-notable de toutes les articulations, urine limpide, citrine, 1024 de densité, 2 degrés de plus qu'à l'entrée du malade; elle ne dépose plus d'acide urique ni d'urate, sa densité est augmentée par le nitrate de potasse qu'elle tient en dissolution. 40 grammes de nitrate de potasse; lait.

10. La tisane cause quelque dégoût, sueurs abondantes, pas de garde-robes, point de céphalalgie ni de rêvasserie, un peu de sommeil; l'état des articulations supérieures s'améliore, 84 pulsations. 30 grammes de nitrate de potasse; potages.

13. La convalescence paraît établie, 84 pulsations; le malade se lève, on cesse le nitrate de potasse; demi-quart.

14, 15, 16 et 17. Le pouls tombe à 70 et 62, l'état satisfaisant se soutient. Un peu de malaise et d'insomnie a lieu les jours suivants, probablement sous l'influence de quelques écarts de régime; les articulations et le cœur sont dans l'état normal, le pouls reprend un peu de fréquence (96), l'appétit se maintient. Le mieux se rétablit le 21 février, et Clairet sort le 22 pour rentrer dans sa famille.

Obs. XIII. Ce fut aussi après le septième jour de l'usage du nitrate de potasse donné à la dose de 30 grammes que Vournisson, domestique, âgé de vingt-cinq ans, sujet au rhumatisme, parvint à la convalescence. Sa maladie avait commencé le 10 février 1842. Un purgatif avait été pris sans amélioration. Les articulations des membres supérieurs et inférieurs étaient affectées, lorsque l'usage du nitrate de potasse fut commencé le 18 février. La saison froide et les imprudences du malade retardèrent sa sortie jusqu'au 21 mars.

Obs. XIV. Il fallut dix jours de l'usage du nitrate de potasse pour que Lecomte, ferblantier, âgé de dix-huit ans, d'une constitution athlétique, entrât en convalescence. Il était au dixième jour de sa maladie, quand il commença son traitement, le 8 novembre 1840. Donné à la dose de 30 grammes pour trois litres d'infusion pectorale, le sel fut porté graduellement à 60 grammes le 16, puis diminué de quantité dès le lendemain, l'amélioration s'étant manifestée. Il y eut quelques sueurs, point de garde-robes; l'urine, qui contenait un excès d'urée à l'entrée du malade, en présenta encore quelques jours après, et de 96 le pouls descendit le 20 novembre à 46 battements. Il en avait 56 lorsque Lecomte sortit parfaitement guéri le 26 novembre.

Obs. XV. Dix jours de traitement furent également nécessaires à Joséphine pour arriver à sa convalescence. Cette fille, âgée de vingt-deux ans, domestique, d'une constitution moyenne, fut prise, le 9 septembre 1840, de douleurs rhumatismales qu'elle combattit inutilement par l'application de quelques sangsues. Entrée à l'hôpital le 14, son rhumatisme était général et accompagné d'une réaction fébrile marquée par 120 pulsations dures et fortes. Le nitrate de potasse, donné de suite à la dose de 45 grammes pour trois litres de tisane, fut élevé à celle de 60 pour quatre litres dès le quinze septembre. Des sueurs extrêmement abondantes eurent lieu, et s'accompagnèrent même d'une éruption eczémateuse et de quelques sudamina, malgré la température froide. Quelques nausées sans dévoiement et sans autre dérangement de l'appareil digestif se manifestèrent d'abord et furent suivies d'une tolérance complète. Ses articulations étaient complétement indolentes le 23 septembre, une légère cyanose sans état morbide du cœur se remarquait au visage, le pouls donnait encore 104 battements. Ce ne fut qu'après la cessation du traitement que cette fréquence diminua. Il était normal quand, parfaitement rétablie, Joséphine sortit le 30 octobre.

Obs. XVI. Dix jours furent aussi nécessaires à Balaka pour arriver à une première convalescence. Ce menuisier, âgé de dix-huit ans, d'une assez forte constitution, jouissait d'une bonne santé lorsque, après une course fatigante il fut pris, le 13 juillet 1840, de douleurs rhumatismales. La plupart des articulations supérieures et inférieures devinrent successivement malades. Un état saburral accompagné de rapports acides existait lorsque l'u-

sage du nitrate de potasse fut commencé le 19 juillet, sixième jour de maladie, à la dose de 32 grammes pour quatre litres de tisane de chiendent. Un dévoiement abondant et des sueurs copieuses eurent lieu; le nitrate de potasse fut porté à 40 grammes. Le 29 juillet, les articulations étaient dans un état satisfaisant, les garde-robes presque normales, les sueurs dissipées, le pouls de 104 était tombé à 84, l'appétit se faisait sentir et la convalescence s'établissait. La dose du nitrate de potasse fut diminuée. Une rechute eut lieu le 6 août; le nitrate de potasse fut porté à 60 grammes, il ne produisit cette fois que des sueurs et des garde robes très-modérées. Le 15 août, l'état général était satisfaisant, le rhumatisme guéri, le pouls descendit graduellement à 60 battements et, le 4 septembre, Balaka quitta l'hôpital complétement guéri.

La tolérance pour le nitrate de potasse s'était établie chez ce malade, malgré le mauvais état de l'appareil. Nous avons cherché depuis à favoriser cette tolérance à l'aide du sirop diacode. Ce moyen a eu le succès que nous en attendions.

Chez les cinq malades de cette catégorie, le nitrate de potasse a été porté aux doses de 30 à 40 et même 60 grammes pour guérir, terme moyen, en huit jours et demi, des rhumatismes intenses dont l'invasion, terme moyen, datait de plus de sept jours.

Martin Solon.

(*La suite au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LA BLENNORRHAGIE EN GÉNÉRAL ET SUR LE TRAITEMENT PARTICULIER DE LA BALANO-POSTHITE ET DE L'URÉTRITE BLENNORRHAGIQUE.

Par M. Ph. Ricord, chirurgien de l'hôpital des Vénériens.

La blennorrhagie est peut-être la maladie la plus anciennement connue, et incontestablement une de celles qui affligent le plus souvent l'humanité. Ses causes, ses symptômes, ses conséquences possibles, et la valeur des moyens thérapeutiques qu'on lui oppose, sont d'observation journalière, et pourraient être, à ce qu'il semble, facilement appréciés de tous; cependant il n'est pas d'affection pour laquelle on soit moins d'accord, et cela sans doute parce qu'ici, contrairement au sage précepte de Baglivi, on a plutôt compté que pesé les observations.

Toutes les causes qui peuvent déterminer l'inflammation des mu-

queuses en général peuvent incontestablement agir sur les muqueuses qu'on regarde comme siége spécial de la blennorrhagie dite vénérienne. Cependant la cause la plus puissante, et dont le mode d'action et les effets mal jugés ont pu faire croire à l'existence d'un virus particulier ou identique à celui de la syphilis, c'est le produit morbide d'une muqueuse enflammée appliqué sur une muqueuse saine. En effet, quelle que soit la cause qui ait d'abord déterminé l'inflammation d'une muqueuse, il est certain que le muco-pus qu'elle sécrète alors est l'agent le plus sûr pour produire la blennorrhagie. C'est une vérité qu'il faut aujourd'hui admettre, à moins de vouloir rester éternellement plongé dans l'erreur.

Aussi voit-on la fréquence de la blennorrhagie urétrale chez l'homme se trouver en rapport avec la fréquence du catarrhe utérin dans certaines localités et dans Paris en particulier.

Je puis affirmer, pour l'avoir vérifié, qu'en remontant à la source de la maladie toutes les fois que je l'ai pu (et je l'ai fait souvent), sur cinq blennorrhagies chez l'homme, quatre sont dues au catarrhe utérin. Cependant cette cause, quelque puissante qu'elle soit, a ses conditions d'action. Le catarrhe utérin, chez la même femme, n'est souvent que relativement offensif, selon les prédispositions des individus à qui elle a affaire, selon la fréquence des rapports et le concours des causes accessoires qui se trouvent dans des écarts de régime concomitants ou consécutifs.

Quand on interroge, dans ces circonstances, les femmes accoutumées à un écoulement qu'elles ne rapportent pas, et souvent avec raison, à une cause vénérienne, elles sont très-étonnées d'être accusées d'avoir occasionné une maladie qu'elles n'étaient pas habituées à communiquer.

Il est bien plus logique, bien plus conforme aux lois de la pathogénie en général, de reconnaître qu'une sécrétion plus ou moins âcre puisse agir en vertu de certaines prédispositions, que de penser avec certains syphilographes, qu'en dépit de l'identité des effets produits, en dépit de l'identité de l'état des parties réputées contagieuses, on puisse dans certains cas admettre ou non un principe virulent comme cause de la maladie d'après la moralité des personnes. Que penser surtout de cette opinion étrange émise par M. Cazenave, qui veut que les femmes soient relativement virulentes, selon le degré d'excitation et d'éréthisme auquel on aura pu les élever? et qui, alors qu'elles n'ont qu'un catarrhe utérin simple pour l'un, pourront être chauffées, par le feu des passions, jusqu'au *rouge virulent* pour d'autres!

Un très-grand nombre de blennorrhagies urétrales souvent très-intenses, d'une longue durée et difficiles à guérir, n'ont eu pour origine

que la présence du flux menstruel. L'un des collaborateurs du Dictionnaire en 15 volumes a cru même que, dans cette circonstance, la blennorrhagie urétrale était toujours accompagnée d'une exhalation sanguine. Des rapports *à præpostera venere* sont très-fréquemment la cause de l'urétrite blennorrhagique sans la nécessité d'un état morbide des parties où la maladie a pris naissance. Tout récemment il m'a été donné d'observer deux cas dans lesquels les antécédents paraissaient devoir ne laisser aucun doute, et dans lesquels cependant l'anus ainsi que la partie inférieure du rectum se trouvaient dans un état normal. Dans un de ces cas la blennorrhagie a duré trois mois, a été compliquée d'épididymite; l'autre, qui date de quinze jours, est encore à la période aiguë avec rétraction cordée de l'urètre. Ces observations sont du reste analogues à celle que j'ai publiée de cette jeune fille chez laquelle le rectum remplaçait le vagin, et qui, bien qu'elle ne fût pas malade, communiquait constamment des blennorrhagies à tous ceux qui avaient des rapports avec elle.

Un fait que je puis aujourd'hui établir sur une masse d'observations recueillies depuis douze années, c'est que, si on fait un parallèle sur la fréquence de la blennorrhagie dans les deux sexes, voici à quoi conduit l'observation :

La blennorrhagie produite par l'abus des rapports sexuels entre deux individus sains est bien plus commune chez l'homme que chez la femme.

La femme malade communique bien plus souvent sa maladie que l'homme.

Les écoulements des muqueuses génitales chez la femme sont plus souvent produits par les causes communes des inflammations que par le résultat des rapports réputés contagieux.

La blennorrhagie urétrale, dans les deux sexes, semble au contraire nécessiter le plus ordinairement l'action d'une cause directe.

La rareté plus grande de la blennorrhagie urétrale chez la femme vient encore à l'appui de ces propositions.

Les femmes en général rendent plus de chaudepisses qu'on ne leur en donne; mais elles sont moins souvent que les hommes sciemment coupables de celles qu'elles communiquent.

Il est impossible, dans l'état actuel de la science, d'admettre une identité de cause pour la blennorrhagie et le chancre. Le pus du chancre peut bien produire la blennorrhagie comme matière irritante, mais jamais le muco-pus blennorrhagique ne pourra donner lieu à un ulcère syphilitique. Quant à un virus blennorrhagique spécial, il n'est pas plus nécessaire pour expliquer l'urétrite, la vaginite et les autres variétés de la blennorrhagie dite vénérienne, qu'il ne serait nécessaire

d'admettre un virus pour le coryza et la bronchite. Ce qui peut paraître spécial, dans certaines variétés de la blennorrhagie, tient plutôt à son siége particulier, aux fonctions des organes affectés, et aux prédispositions individuelles qu'à la spécificité de la cause.

Les sécrétions morbides des muqueuses ne sont irritantes, et par conséquent ne peuvent devenir cause de maladie, que tout autant qu'elles seront purulentes; et elles seront d'autant plus pathogéniques que l'élément pus y dominera.

De là l'innocuité absolue de certains catarrhes utéro-vaginaux; de là l'innocuité du suintement *muqueux* vulgairement appelé *goutte militaire*.

La période qui sépare l'action de la cause, de ses premiers effets apparents, ne peut pas plus être considérée comme une période d'incubation virulente dans la blennorrhagie, que le temps qui s'écoule entre la cause d'une pneumonie et sa manifestation.

La blennorrhagie dite vénérienne n'a pas de lieu d'élection spécifique, comme l'a dit Hunter, entre autres; toutes les muqueuses accessibles aux causes qui la produisent peuvent en être le siége. Il y a seulement un ordre de fréquence qui s'explique du reste par la position des muqueuses et leurs fonctions.

Dans les inflammations réputées vénériennes, comme dans toutes les autres, les tissus ne sont pas toujours pris à une égale profondeur.

Souvent il n'y a qu'une inflammation érythémateuse sans sécrétion morbide; ce qui constitue la blennorrhagie sèche de quelques auteurs, expression ridicule, attendu qu'une blennorrhagie ne saurait exister sans écoulement.

Dans d'autres circonstances, et ce sont les plus fréquentes, les follicules muci-pares sont affectés et donnent lieu à l'écoulement.

Enfin, la trame celluleuse de la muqueuse et le tissu cellulaire sous-muqueux peuvent être pris à la fois dans les cas de blennorrhagie phlegmoneuse.

La marche de la blennorrhagie est aiguë ordinairement, et d'autant plus aiguë qu'elle se manifeste pour la première fois. Dans la majorité des cas, elle a peu de tendance à guérir spontanément, et elle passe facilement à un état chronique dont la durée est bien difficile à préciser. Il n'y a peut-être pas de maladie dans laquelle les recrudescences soient plus fréquentes et les récidives plus faciles.

Le temps nécessaire à l'évolution d'une blennorrhagie, les recrudescences ou les récidives peuvent, dans certaines circonstances, tromper sur le véritable point de départ de quelques écoulements.

Il n'existe pas de blennorrhagie virulente proprement dite. Mais la

blennorrhagie peut être compliquée d'ulcères virulents, ou simulée par la sécrétion blennorrhoïde de ces ulcères. Comme aussi elle peut être produite ou entretenue par les affections rhumatismale, dartreuse, scrofuleuse, etc. Il est donc impossible d'établir un diagnostic différentiel entre une blennorrhagie dite virulente et la blennorrhagie bénigne, en dehors des signes qui caractérisent l'ulcère syphilitique patent ou larvé.

Dans l'état actuel de la science, lorsque les muqueuses ne peuvent pas être inspectées directement, il faut se contenter du diagnostic rationnel pour admettre ou rejeter le chancre comme complication de a blennorrhagie, le seul signe pathognomonique irrésusable étant fourni par les résultats de l'inoculation artificielle.

On peut dire que la blennorrhagie se guérit d'autant mieux et d'autant plus vite que les muqueuses qu'elle affecte sont moins profondément situées et plus faciles à isoler.

Il est surtout important de savoir que la maladie n'affecte que successivement une plus grande étendue de muqueuse, comme aussi que ce n'est pas d'emblée que toute l'épaisseur des tissus se prend.

Les accidents que peut produire la blennorrhagie génito-urinaire, si différents de ceux qui appartiennent à la syphilis : l'adénite simplement inflammatoire, l'épididymite, l'ovarite, les inflammations de la prostate, des blennorrhagies successives et occasionnées par transport direct du muco-pus sur le même individu, comms dans certains cas d'ophthalmie blennorrhagique, ne se manifestent qu'après un certain temps de durée de l'écoulement, et jamais dès les premiers jours de son apparition. C'est surtout pour les rétrécissements de l'urètre chez l'homme que cette proposition paraît absolue. Car ces rétrécissements sont presque toujours en raison du nombre et surtout de la durée des écoulements.

Il résulte des principes établis, que contrairement à l'opinion généralement admise, il faut se hâter par tous les moyens que l'art possède de prévenir le développement de la blennorrhagie, ou de la guérir le plus tôt possible si déjà elle est développée.

Sans entrer dans l'histoire particulière de toutes les variétés de la blennorrhagie, je vais donner un exposé rapide des différents modes de traitement qui m'ont le mieux réussi dans les cas de balano-posthite et de blennorrhagie urétrale chez l'homme.

Traitement de la blennorrhagie externe (balanite, posthite, balano-posthite).

Lorsque le gland peut être mis à découvert, que l'inflammation est

légère et sans trop de desquammation de l'épithélium, de simples lotions avec l'eau blanche, l'interposition d'un linge fin et sec entre le gland et le prépuce, suffisent pour guérir en quelques jours.

Quand la maladie est un peu plus intense, que la sécrétion muco-purulente est abondante, qu'il existe ou non des excoriations, on fait deux fois par jour des lotions avec la solution suivante :

Prenez : Eau distillée . . . . 200 gram.
Azotate d'argent . . . . 2 gram.
M. S. A.

Puis on place un linge sec entre le gland et le prépuce.

Lorsqu'il existe des ulcérations un peu plus profondes, ou que déjà on a affaire à une hypertrophie des follicules muci-pares (psoro-balanite), il est souvent nécessaire de cautériser les parties malades avec le nitrate d'argent.

Dans les cas de phimosis et dans les mêmes circonstances présumées, on fait trois ou quatre injections par jour avec les liquides précédemment indiqués, ou bien on introduit entre le gland et le prépuce un crayon de nitrate d'argent, afin de cautériser superficiellement.

Cette méthode, suivie dans les cas les plus graves en apparence et dans lesquels l'inflammation commençait à menacer les tissus de gangrène, m'a toujours donné les résultats les plus prompts et les plus favorables.

Dans ces circonstances, je ne me hâte jamais d'opérer le phimosis; d'abord, dans la crainte de l'existence d'un chancre et de l'inoculation consécutive de la plaie qui résulte de l'opération; puis, parce que dans un grand nombre de cas le phimosis n'étant qu'*accidentel et passager*, on peut épargner au malade une opération douloureuse et inutile.

La méthode antiphlogistique et les émollients seuls agissent d'une manière lente et incertaine. Cependant, comme médication accessoire, il est quelquefois utile d'appliquer quelques sangsues dans les régions inguinales; et s'il y a réaction fébrile, la saignée du bras est indiquée.

Le malade doit garder le repos, observer un régime doux, la diète même dans les cas graves, et faire usage de boissons délayantes et de laxatifs.

Lorsqu'il existe beaucoup d'éréthisme, je fais prendre au malade, tous les soirs, deux des pilules suivantes :

Prenez : Camphre. . . . . 3 gram.
Thridace . . . . 3 gram.
Mucilage, q. S. pour 20 pilules.

En général, les bains locaux tièdes, surtout les bains de guimauve, sont plus nuisibles qu'utiles; je préfère les fomentations avec la décoction de têtes de pavot.

Traitement de l'urètrite (blennorrhagie urètrale, chaudepisse).

Quel que soit le temps qui s'est écoulé entre l'application de la cause et la manifestation de la maladie, quelle qu'ait été du reste sa durée, s'il n'existe encore aucun symptôme d'inflammation aiguë, il faut chercher à la faire avorter, ou si elle s'est développée déjà, faire en sorte de la guérir le plus tôt possible.

Les injections, contre lesquelles il existe encore tant de préjugés, constituent non-seulement un moyen curatif par excellence, mais encore, quand elles sont convenablement employées, par cela même qu'elles guérissent vite et bien, elles sont le meilleur moyen prophylactique des accidents qu'on leur attribue : rétrécissements, épididymite, etc., puisqu'elles guérissent la maladie, dont la persistance seule peut leur donner lieu.

Des différentes substances employées en injections, le nitrate d'argent, si puissant contre l'ophthalmie blennorrhagique, comme nous l'avons dit dans un précédent article, mérite encore une préférence incontestable.

J'ai longtemps cherché les doses convenables, et je faisais des essais comparatifs, lorsque mon ami, M. Carmichaël, de Dublin, publia ses intéressantes observations sur l'usage des injections au nitrate d'argent à haute dose (12 à 20 grains par once d'eau distillée).

M. le professeur Serre, de Montpellier, suivait à cette époque mes leçons cliniques, et adopta plus tard les injections dosées comme le faisait Hunter pour le bi-chlorure de mercure, c'est-à-dire un quart de grain par once d'eau distillée. J'avais adopté cette dernière formule qui donnait un assez grand nombre de résultats favorables, lorsque les observations remarquables de M. Debeney, sur l'emploi des injections au nitrate d'argent à haute dose, dont le *Bulletin de Thérapeutique* a donné l'analyse, m'engagèrent à faire de nouveaux essais, dont j'ai eu à me louer. Voici maintenant la méthode que j'emploie :

Je prescris une injection avec la solution suivante :

Prenez :	Eau distillée.........	30 grammes.
	Azotate d'argent......	50 centigrammes.

M.

Cette injection, pratiquée à l'aide d'une seringue en verre, doit parcourir toute l'étendue du canal et y séjourner une demi-minute.

Chez un grand nombre de malades, chez ceux surtout qui en sont à leur première blennorrhagie, l'injection produit presque aussitôt une douleur plus ou moins vive. Pour d'autres, ce n'est qu'un peu plus tard que la douleur se fait sentir, ou seulement à l'instant de l'émission de l'urine.

Quelle que soit l'époque d'apparition de la maladie, la douleur persiste chez quelques sujets pendant plusieurs heures, et chez quelques autres, en diminuant, il est vrai, elle se prolonge jusqu'au lendemain.

Le plus ordinairement, la sécrétion est d'abord beaucoup augmentée, moins épaisse, séro-purulente, mais dans la plupart des cas il s'y mêle une plus ou moins grande quantité de sang. Il est des malades chez lesquels ces résultats ne s'observent qu'à la seconde, à la troisième ou quatrième injection.

Lorsque ces effets ont été produits, la présence du sang disparaît bientôt de l'écoulement qui cesse quelquefois d'une manière brusque ou va rapidement en diminuant.

Il est des cas, plus rares, dans lesquels l'écoulement cesse après l'injection, sans avoir donné lieu aux effets que nous avons signalés.

Tant qu'on n'a pas obtenu un de ces résultats, il faut recommencer les injections, et même quelquefois en élever la dose à 1 gramme d'azotate d'argent pour la même quantité d'eau.

Quand, après ces injections, on a obtenu une modification favorable dans la nature de l'écoulement, et qu'il ne reste plus qu'un suintement muqueux, je prescris trois injections par jour avec le liquide suivant :

Prenez : Eau distillée de roses....... 200 grammes.
Acétate de plomb cristallisé.. }
Sulfate de zinc............ } 1 gramme.
M. S. A.

Avant de se servir du liquide de l'injection, il faut le secouer afin de mettre en suspension le précipité qui s'est formé.

Ces injections, aidées d'un régime sévère, de boissons peu abondantes, avec abstinence de bains chauds, de bière, de cidre, de vin pur, d'asperges, avec le repos absolu des organes malades, peuvent suffire dans le plus grand nombre des cas.

Mais, si l'on veut avoir des résultats plus certains, il est préférable d'employer, concurremment le copahu ou le cubèbe : par la bouche, si l'estomac est dans des conditions favorables, ou par le rectum dans le cas contraire.

Lorsque déjà il existe trop d'irritation de l'urètre pour avoir recours d'emblée aux injections, on peut encore obtenir des guérisons rapides

par l'emploi seul des antiblennorrhagiques à l'intérieur. Mais dès que les symptômes d'acuité viennent à se manifester, non-seulement on ne doit plus avoir recours aux injections, mais il faut renoncer même au copahu et au cubèbe ; le traitement antiphlogistique peut alors être employé dans toute sa rigueur.

Aux bains, aux évacuations sanguines locales ou générales, s'il y a réaction fébrile, aux boissons aqueuses abondantes, au régime sévère, à la diète même, il est toujours utile, et cela surtout quand la blennorrhagie est phlegmoneuse et qu'il existe une érection cordée, d'associer l'usage du camphre sous la forme pilulaire que nous avons indiquée, ou administré à la dose de 50 centigrammes dans un quart de lavement, car il est le meilleur sédatif des organes génitaux.

Toutefois, dès que la maladie est arrivée à la période de déclin, que les douleurs en urinant diminuent, il faut se hâter de reprendre le traitement antiblennorrhagique, sans quoi la blennorrhagie tend à prendre la forme chronique, et usurpe en quelque sorte un droit de domicile contre lequel tous les traitements doivent plus tard échouer. Il faut commencer ici par le traitement interne. Le copahu ou le cubèbe, antiblennorrhagiques par excellence, quand ils sont appliqués au traitement de la blennorrhagie urétrale, ont surtout un effet héroïque, en vertu de leur action spéciale sur la sécrétion urinaire, sans que je nie pour cela leurs autres modes d'action comme révulsifs sur le canal intestinal, et comme modificateurs du sang, et par suite des sécrétions muqueuses en général.

Mais si, après huit ou dix jours de ce nouveau traitement, l'écoulement n'est pas tari, on a recours aux injections d'azotate d'argent, employées comme nous l'avons indiqué pour le début.

C'est par ces injections encore qu'il faudrait commencer un traitement chez un malade qui se présenterait pour la première fois avec une blennorrhagie chronique. Il faudrait, dans tous les cas, que la maladie ne fût pas actuellement compliquée d'altération de tissus, du rétrécissement de l'urètre, par exemple, auquel, selon l'espèce, il conviendrait d'appliquer soit la cautérisation, soit des mouchetures, soit la coarctotomie, ou simplement la dilatation.

Lorsque la blennorrhagie urétrale a gagné la partie postérieure de l'urètre, que le col de la vessie est atteint, que des besoins d'uriner fréquents et impérieux se font sentir, qu'il existe du ténesme vésical accompagné dans quelques circonstances de l'émission d'une certaine quantité de sang mêlée avec les dernières gouttes d'urine, le moyen par excellence, qui réussit souvent seul, et sans lequel les antiphlogistiques les plus énergiques échouent fréquemment, consiste dans l'usage

d'un quart de lavement froid, composé de décoction de têtes de pavots, additionnée de 15 ou 20 gouttes de laudanum de Sydenham, et répété une ou deux fois par vingt-quatre heures.

Contre le suintement persistant (*goutte militaire*), les formules suivantes d'injections m'ont donné des résultats satisfaisants :

Prenez :	Vin rouge du Midi........	150 grammes.
	Eau distillée de roses.......	50 grammes.
	Extrait de ratanhia........	1 gramme.
	Laudanum de Sydenham....	2 grammes.

M. S. A.

Trois ou quatre injections par jour.

Ou bien encore, dans les cas d'écoulements rebelles :

Prenez :	Protoiodure de fer de......	5 à 20 centigrammes.
	Eau distillée.............	200 grammes.

M.

Il est bon dans ces cas de faire prendre tous les jours au malade 2 ou 3 verres d'eau de goudron avec addition d'une cuillerée à bouche du sirop suivant :

Prenez :	Sirop de Tolu............	500 grammes.
	Citrate de fer............	6 grammes.

M. S. A.

Lorsque dans le cours de la période aiguë il survient de la dysurie, soit par le fait de spasmes, soit par le fait de rétrécissements inflammatoires, il ne faut pas se hâter d'avoir recours au cathétérisme ; c'est sur les antiphlogistiques qu'il faut d'abord insister. Si cependant l'émission de l'urine devenait par trop difficile, il faudrait sonder. On donne généralement, et avec raison, la préférence à des sondes en gomme élastique de moyen calibre, à courbure fixe et introduites sans mandrin, s'il se peut, afin d'éviter toute espèce de violence.

Un précepte, qu'une longue expérience me permet de donner, est le suivant : Si on a éprouvé beaucoup de difficulté à introduire la sonde, et qu'ensuite elle reste serrée comme dans un étau, il faut la laisser à demeure jusqu'à ce qu'elle devienne libre, car il est probable qu'une nouvelle introduction de la sonde serait plus difficile et quelquefois même impossible.

Dans les cas où on laisse la sonde à demeure, il faut insister sur les antiphlogistiques, et plus particulièrement sur les applications de sangsues au périnée.

Dans les hémorrhagies par suite de rupture de l'urètre, quand l'écoulement sanguinolent n'est pas très-abondant, il est quelquefois utile de le laisser aller. Ce n'est qu'alors qu'il se prolongerait, qu'on aurait recours à l'application de la glace, à la compression extérieure, ou intra-urétrale à l'aide d'une sonde.

A moins d'inflammation suraiguë, la présence d'une épididymite n'est point une contre-indication à l'emploi du traitement antiblennorrhagique; en guérissant l'écoulement, point de départ de l'épididymite, ce traitement prévient les récidives de l'inflammation de l'épididyme, si faciles quand on laisse persister l'écoulement.

Quant au bubon qui quelquefois accompagne la blennorrhagie urétrale, et qui n'est par conséquent pas virulent lorsque celle-ci n'est pas compliquée de chancres, la marche est aiguë ordinairement, il a une très-grande tendance à se terminer par la suppuration; mais aussi, c'est de toutes les variétés des adénites vénériennes celle dont la méthode antiphlogistique, aidée plus tard des fondants, obtient plus facilement la résolution.

Je ne saurais terminer ce petit aperçu sans insister sur la nécessité d'ouvrir de bonne heure les petits abcès, qui, dans les formes phlegmoneuses de la blennorrhagie, se développent quelquefois le long du trajet de l'urètre.

Dans tous les cas, il n'est jamais nécessaire d'avoir recours à un traitement mercuriel.

Ricord.

DU TRAITEMENT DES COLLECTIONS DE SANG PAR L'ÉCRASEMENT.

On sait que depuis douze à quinze ans M. Velpeau s'est beaucoup occupé des épanchements de sang : sa thèse de concours sur les contusions lui a servi de point de départ pour l'étude des diverses sortes de tumeurs sanguines, et la dégénérescence ou la transformation que subit le sang échappé de ses voies naturelles. Une fois épanché dans les tissus entre les lames organiques, le sang donne lieu à deux catégories de tumeurs, selon qu'il se répand sous forme de liquide infiltré, ou qu'il s'accumule à titre de collection dans un point circonscrit du corps.

I. *Sang infiltré.* — A l'état d'infiltration, le sang, qui se traduit au dehors par la coloration connue sous le nom d'ecchymose, ne constitue presque jamais une maladie grave, quelle que soit la quantité du liquide infiltré, quelque volume qui en soit résulté pour le membre; s'il n'y a pas de plaie aux téguments, la maladie se termine à peu près toujours par résolution. Il est rare alors qu'une inflammation manifeste,

que l'inflammation purulente surtout, s'établisse au sein de la partie affectée, et qu'il soit par conséquent besoin d'un traitement énergique, de moyens chirurgicaux pour amener la guérison.

M. Velpeau insiste beaucoup sur ces caractères des infiltrations sanguines, et a prouvé, par de nombreux exemples à l'hôpital de la Charité, qu'elles n'ont pas, à beaucoup près, la gravité qu'on serait naturellement porté à leur attribuer. Des jambes, des cuisses, des membres entiers doublés de volume par l'infiltration sanguine, avec ou sans fracture, constituent en apparence une lésion dont beaucoup de praticiens s'effrayent; la teinte livide, violacée, bleuâtre, charbonnée que revêt la partie où le mal réside; la tension des téguments, la formation de phlyctènes noirâtres, ont souvent fait craindre en pareil cas le développement de la gangrène et déterminé l'emploi d'incisions, de moyens qui ont le grave inconvénient, non-seulement d'être inutiles, mais encore de rendre dangereuse une maladie qui, abandonnée à elle-même, ou traitée par des moyens fort simples, disparaît presque constamment sans entraîner de conséquences graves. Aussi les cas de cette espèce, admis à l'hôpital de la Charité, sont-ils traités par le repos, la compression méthodique et de simples topiques résolutifs; les saignées, les sangsues, les purgatifs ne sont mis en usage qu'autant que quelque indication spéciale vient à les réclamer. Il est certain que sous l'influence de cette médication si simple il ne survient jamais d'accidents dans les cas que nous venons d'indiquer, et que les infiltrations même les plus considérables constituent, dans cet hôpital, une des lésions les plus innocentes qui se puissent imaginer. M. Velpeau insiste toutefois sur cette condition, pour lui indispensable, à savoir que les contusions, que l'infiltration sanguine, ne soient compliquées d'aucune plaie, d'aucune division qui mette le foyer en communication permanente avec l'atmosphère.

Un phénomène singulier a souvent fixé l'attention de M. Velpeau chez les malades affectés d'infiltrations étendues de sang dans l'épaisseur des membres, c'est qu'il survient alors dans quelques cas une teinte jaunâtre, ictérique, non-seulement de la partie malade, mais encore de toutes les autres régions, par exemple, une sorte de jaunisse générale chez les individus affectés d'une grande infiltration de sang dans la jambe ou dans la cuisse. Cette sorte d'ictère est quelquefois assez général, assez prononcé pour qu'il soit possible de le confondre avec l'ictère hépatique proprement dit; mais il est évident que c'est une jaunisse d'une autre espèce, car, outre que chez ces malades on ne voit rien, absolument rien qui permette de supposer une altération du foie ou dans la sécrétion de la bile, la jaunisse s'étend alors par degrés de bas en haut, ou de

de la partie contusionnée vers les autres; c'est un phénomène très-connu, très-ordinaire, admis depuis longtemps pour les régions voisines de celle qui a été frappée; M. Velpeau en a donné la loi dans sa thèse sur les contusions. Mais, ainsi étendue à tout le corps, cette altération est difficile à expliquer. En effet, si pour s'en rendre compte on admet que le sang épanché rentre dans le torrent circulatoire, on est bientôt arrêté par des difficultés insurmontables. Si on pensait que la matière colorante du sang s'étale ainsi par simple imbibition, il faudrait donc croire que cette imbibition se répand quelquefois avec une rapidité extrême depuis la jambe jusqu'à la tête, et de manière à gagner tous les tissus. Quel qu'en soit le mécanisme au surplus, c'est un fait qu'il était besoin de noter, et qui ne paraît pas après tout rendre la maladie plus grave que s'il ne s'était pas manifesté.

II. *Collections de sang.* — Le sang réuni en foyer existe, ou dans des cavités préalables, ou entre les lames du tissu cellulaire. Dans les cavités normales les collections de sang se maintiennent en général malgré l'emploi des topiques. Si la résolution ne s'en est pas opérée dans l'espace de quinze à vingt jours, il n'y a guère à compter sur la guérison sans l'intervention de la chirurgie. Le sang alors subit des changements de diverses sortes; tantôt il s'y ajoute une proportion notable de liquide synovial, la fibrine se dissout ou disparaît, la matière colorante du sang elle-même se dissipe, et la collection se transforme ainsi graduellement en collection séro-synoviale. D'autres fois il en résulte un mélange de sérum et de fibrine; celle-ci se morcelle, se divise en fragments, et l'on a une tumeur contenant des granulations hydatiques, en forme de grains de riz ou de pepins de melon, etc., nageant dans un liquide, tantôt rouge et sanguinolent, tantôt diaphane ou synovial. D'autres fois aussi, le sang se divise tout simplement en une portion qui reste liquide et une portion coagulée, si bien que le dépôt conserve pendant longtemps les apparences d'un sac anévrysmal, eu égard à la nature des matières contenues; assez souvent enfin, la portion liquide de l'épanchement disparaît, la matière concrète persiste, et l'on a une tumeur solide rangée dans la catégorie des loupes.

Or, pour guérir ces collections il faut ou les vider et déterminer dans les cavités où elles s'étaient établies une inflammation adhésive, ou bien les transformer en infiltrations.

Quand la collection est purement séreuse, M. Velpeau la traite comme s'il s'agissait d'une hydrocèle, c'est-à-dire par l'injection iodée. Si elle est séro-sanguine, mais tout à fait fluide, il en est de même. Dans le cas au contraire où elle est purement concrète, à l'état de loupe, il n'y a que l'extirpation qui puisse en faire justice. Restent

donc les cas où la tumeur est formée par du sang liquide ou demi-liquide mêlé à des caillots plus ou moins considérables. Ici la tumeur peut être transformée en une simple infiltration, attendu qu'il y a moyen de rompre les parois profondes du sac ou de les diviser par une incision ou une ponction sous-cutanée.

Puisque, quelle que soit son étendue, l'infiltration de sang sous la peau dans le tissu cellulaire, à quelque profondeur que ce soit, disparaît à peu près toujours d'elle-même, ou sous l'influence d'un traitement facile, il semble tout à fait logique de substituer cette infiltration aux collections, aux dépôts de sang qui, eux, ne sont plus susceptibles de résolution quand ils ont duré un certain temps.

Si donc une tumeur sanguine, établie dans une des bourses muqueuses sous-cutanées par exemple, n'a pas cédé aux résolutifs dans l'espace de quinze jours ou de trois semaines, M. Velpeau tâche de l'écraser avec les mains par une pression brusque et oblique, qui puisse amener la déchirure d'un des côtés du kyste au-dessous de la peau. La pression, continuée pendant quelques secondes avec le pouce ou la paume de la main, parvient bientôt à chasser à vue d'œil, à faire fuir le liquide épanché à la distance que l'on veut aux environs du sac déchiré. Si la cavité morbide résiste trop, comme il arrive souvent en pareil cas, on commence par porter obliquement dans le sac un instrument en fer de lance pour en déchirer les parois dans une étendue assez grande; on se met ainsi en mesure de forcer le liquide à s'infiltrer dans le tissu cellulaire sous l'influence d'une pression qui n'aurait pas suffi sans cette division préalable.

Si l'écrasement offre quelquefois d'assez grandes difficultés, si même il est complétement impossible dans certains cas, quand le sac a son siége dans les cavités synoviales; si d'ailleurs il n'est qu'assez rarement applicable à ces sortes de cavités; il n'en est plus de même pour les collections de sang sous-cutanées complétement accidentelles. Ici l'écrasement est un remède qui a vraiment quelque chose de merveilleux. Des tumeurs du volume du pouce, d'une noix, d'un œuf, d'une moitié de tête d'enfant, peuvent être guéries de la sorte en quelques secondes; c'est le cas ou jamais de dire que la maladie a été jugulée. Nous en avons eu deux exemples dans le mois de juillet, recueillis dans la même journée à l'hôpital de la Charité.

Un ouvrier des ports avait eu la jambe gauche écrasée par une roue de voiture. Tout ce membre était largement infiltré de sang; cependant les os n'avaient pas été brisés. Outre l'infiltration qui occupait toute la longueur et toute la largeur de la jambe; il existait sur la face interne du mollet et du tibia un foyer fluctuant de douze à quinze centimètres d'é-

tendue verticale, et de dix centimètres de largeur antéro-postérieure; ce foyer contenait un mélange de caillots et de sang liquide faciles à constater au travers des téguments; il était d'ailleurs le siége d'une sorte de crépitation qui a été signalée pour la première fois en 1833, par M. Velpeau. Des compresses imbibées d'une solution d'hydrochlorate d'ammoniaque et un bandage roulé, furent appliqués sur le membre du malade et renouvelés plusieurs fois par jour pendant quinze jours. Au bout de ce temps l'infiltration s'était dissipée, le membre avait repris son volume normal; la collection de sang s'était réduite aux deux tiers; mais depuis huit jours déjà elle n'éprouvait plus aucun changement. M. Velpeau, appliquant les deux pouces entre le mollet et le bord interne du tibia, exerça d'arrière en avant contre la tumeur toute la pression dont il est capable, et opéra ainsi la rupture des lames celluleuses qui servaient de limites au kyste en avant; on vit aussitôt à travers la peau le sang fuir, les caillots de fibrine être chassés par le pouce sur le devant de l'aponévrose antérieure de la jambe; le dépôt sanguin se trouva ainsi complétement vidé, et laissa voir à la place une sorte de dépression à bords durs et un peu relevés. Le malade souffrit fort peu pendant cette opération, et fut fort étonné de constater qu'il n'avait plus de tumeur; il était en réalité guéri de son dépôt sanguin. Cependant M. Velpeau a l'habitude, pour empêcher tout épanchement nouveau dans le sac qu'il vient de vider, d'en couvrir la place d'une compresse graduée et de la maintenir comprimée pendant un jour ou deux.

A côté de cet homme était un ouvrier anglais, dont la jambe droite avait été froissée entre deux wagons du chemin de fer de Versailles. Outre une fracture du péroné et une infiltration considérable de toute la jambe, il existait chez cet homme un dépôt de sang du volume d'une moitié d'œuf un peu au-dessus de la malléole interne. Après avoir attendu quelques jours, et employé inutilement les mêmes topiques que chez le précédent sujet, M. Velpeau voulant appliquer le bandage pour la fracture, et voyant que la tumeur sanguine persistait, prit le parti de la rompre; l'opération eut lieu le même jour et de la même façon que dans le cas dont il vient d'être question. Le kyste se rompit, se vida, disparut aussi sous les yeux des assistants. Le lendemain rien n'avait reparu, la guérison en était complète, et il n'en a plus été question à partir de ce moment.

Ce que nous venons de dire de ces deux malades, M. Velpeau l'a observé chez un grand nombre d'autres; il use de cette méthode dans tous les cas semblables, à l'hôpital de la Charité, depuis six à huit ans.

Quand la tumeur n'est pas très-ancienne ni très-large et qu'elle repose sur un plan solide, comme des os ou de fortes aponévroses, il est

rare que les pouces ou l'éminence thenar de l'une ou des deux mains superposées ne parviennent pas à rompre le sac. Mais malheureusement il n'en est pas toujours de même quand la tumeur est très-large, très-ancienne ou placée sur des plans flexibles. Si, dans ces cas, après avoir essayé, on voyait que rien ne se déchire, il faudrait alors recourir aux incisions sous-cutanées préalables, comme dans les cas d'épanchements dans les bourses muqueuses sous-cutanées. Au surplus, il s'agit ici de rompre la digue qui retient le sang accumulé dans un foyer, pour lui permettre de s'infiltrer dans les régions voisines ; il faut y parvenir par un moyen quelconque. Le problème étant ainsi posé, les praticiens comprendront que les moyens, que la manière d'exercer la pression pourront varier selon mille circonstances inutiles à détailler. Ce qu'il importe, c'est de ne pas oublier la rapidité de la guérison obtenue par ce moyen et l'innocuité absolue d'un pareil traitement. Non-seulement on vide ainsi sur-le-champ la collection, mais encore on dissipe radicalement la maladie; tandis que, si on se servait d'une ponction pour ôter le liquide, ou de l'incision pour amener la suppuration du kyste, outre qu'il faudrait se servir de l'instrument tranchant, dont les malades redoutent l'action, il y aurait encore une plaie qui peut suppurer et qui alors exige pour le moins une semaine ou deux avant que le blessé puisse être guéri, puisse même sortir de son lit sans accidents. Avec la rupture, au contraire, le malade peut sortir du lit au bout de quelques heures, puisqu'il n'a pas de plaie, puisque ces sortes de ruptures n'amènent d'ordinaire aucune sorte d'inflammation. Quant au besoin de topiques ou de compression après l'écrasement, c'est plutôt par précaution qu'on les emploie que par nécessité. En se dispensant de pareils secours, la peau ne deviendrait pas sans doute le siége d'une nouvelle exhalation chez beaucoup de malades; mais comme cette exhalation nouvelle est possible, et que la compression n'a aucun inconvénient, ne gêne en rien les fonctions de la partie, il est plus prudent d'y recourir à peu près dans tous les cas. Au demeurant, l'écrasement des tumeurs sanguines est une opération qui a pour but d'éviter toute division qui puisse mettre le fond de ces tumeurs en rapport avec l'atmosphère, qui remplace fructueusement la ponction ou les incisions, et qui a l'avantage de guérir immédiatement, et sans suite sérieuse, une maladie qui, par tout autre traitement, dure fréquemment des semaines et souvent des mois entiers.

TOXICOLOGIE.

RECHERCHES ET EXPÉRIENCES SUR LES CONTRE-POISONS DU SUBLIMÉ CORROSIF, DU PLOMB, DU CUIVRE ET DE L'ARSENIC.

Parmi les poisons que fournit le règne minéral, le sublimé corrosif, le plomb, le cuivre et l'arsenic ont mérité le triste privilége d'attirer surtout l'attention des médecins. Imprudence, ou tentative criminelle, c'est le plus souvent à l'un de ces empoisonnements qu'il faut remédier. De là, pour tous les hommes de l'art, la nécessité de bien connaître d'avance les moyens les plus prompts et les plus sûrs d'annihiler ces poisons; pour les pharmaciens, le devoir de tenir prêts les remèdes que la théorie et l'expérience auront conseillés et consacrés; et pour nous enfin, l'intérêt avec lequel nous avons poursuivi des recherches qu'autorisait l'état, nous pouvons le dire, trop souvent insuffisant de la science des contre-poisons.

Les expériences que nous allons exposer prouveront à tous, nous osons l'espérer, qu'une substance vénéneuse avalée et même invinciblement retenue dans l'estomac peut, après qu'elle a été mêlée à un correctif bien entendu, traverser tout le tube digestif sans produire les effets meurtriers que comporte sa nature; les faits que nous allons faire connaître ne nous laissent point de doute en ce qui concerne les animaux qui ont servi à nos expériences; en les mettant en lumière, nous appelons tous les hommes de science à étendre à l'homme le bénéfice que nous avons constaté, et nous avons confiance que les contre-poisons que nous aurons conseillés, pris à temps, auront des résultats d'autant meilleurs, que le vomissement, qu'on aura toujours eu soin de faciliter, aura fait sortir incessamment de l'estomac de nouvelles doses du poison.

Nous devons nous hâter seulement de dire ici, qu'en exposant les résultats que nous avons obtenus, nous n'avons pas entendu traiter des soins médicaux qui compléteront la thérapeutique de tous les désordres consécutifs d'un empoisonnement; nous ne prétendons qu'éveiller l'attention sur les moyens que nous croyons devoir proposer, et que nous pouvons soutenir expérimentalement ***attaquer immédiatement dans le corps de la victime la substance meurtrière qui y est introduite, et la rendre inerte ou presque innocente avant qu'elle ait exercé tous ses ravages.***

C'est là ce qui fait l'objet unique de ce mémoire.

Nous allons donc à ce point de vue étudier successivement chacun des chapitres que nous avons choisis et expérimentés.

I. *Contre-poisons du sublimé corrosif.*

On a indiqué un grand nombre de contre-poisons du sublimé corrosif.

Navier, dans son ouvrage intitulé *Contre-poisons de l'arsenic, du sublimé corrosif, du plomb et du cuivre,* mentionne plusieurs substances qu'il regarde comme les contre-poisons du sel mercuriel, par exemple, les alcalis et les terres, les teintures martiales alcalines, les sulfures de potasse et de chaux.

M. Orfila a montré que les alcalis et les terres, conseillés par Navier, n'avaient aucune efficacité. Ces substances agissent en décomposant le sublimé corrosif et en produisant du bioxyde de mercure hydraté, poison aussi énergique que le sublimé corrosif.

M. Orfila repousse également l'emploi des sulfures de chaux et de potasse ; ses expériences physiologiques établissent que le sulfure noir de mercure produit, empoisonne les chiens. Nous devons remarquer seulement, dans ce cas, qu'il faut admettre de deux choses l'une, ou que le sublimé corrosif n'est pas complétement décomposé par le sulfure alcalin, ou bien que le sulfure de mercure fait périr les chiens et n'est pas vénéneux pour l'homme, car des observations fréquentes ont démontré qu'on peut administrer à ce dernier des proportions notables de ce produit.

Le docteur Buckler a proposé comme contre-poison du sublimé corrosif un mélange de parties égales d'or en poudre et de limaille de fer porphyrisé. M. John Barry constata la valeur de ce procédé en faisant dissoudre 0,50 de sublimé corrosif dans 200 grammes d'eau. Après avoir ajouté 6 gouttes d'acide chlorhydrique à un mélange de 1,20 de chacune des deux poudres métalliques délayées dans un peu de mucilage, il le mélangea au poison et jeta le tout sur un filtre. Les premières gouttes qui passèrent, et cela une minute après que le mélange avait été fait, ne contenaient plus du tout de mercure.

Les essais physiologiques que M. Orfila a tentés, et qu'il rapporte dans le numéro d'octobre 1842 des *Annales d'hygiène*, sont loin de justifier l'assertion du docteur Buckler. D'ailleurs, quand le contre-poison indiqué aurait toute la valeur qu'on lui a prêtée, on serait arrêté dans l'application, parce qu'on ne trouverait pas dans toutes les pharmacies la poudre d'or nécessaire pour un empoisonnement.

Nous pensons qu'on pourrait remplacer la poudre d'or et de fer par de la poudre de zinc et de fer. Nous avons vérifié que si la décomposi-

tion est moins rapide que celle qui a été trouvée par M. John Barry, elle n'est pas moins énergique.

Nous pensons même qu'au lieu de donner deux métaux on pourrait se contenter de donner du fer réduit par l'hydrogène. Ce produit a déjà d'importants usages thérapeutiques qui tendront à s'accroître, et on le trouvera bientôt dans toutes les pharmacies. On peut le donner en grande quantité sans nul inconvénient. Il décompose assez vite le sel mercuriel, surtout lorsqu'il se rencontre avec un liquide légèrement acide.

Exp. I. — Pour vérifier l'utilité de ce contre-poison, nous avons fait prendre à un chien vigoureux 0,50 de bichlorure de mercure mélangé avec de la viande, puis 10 grammes de fer réduit par l'hydrogène également dans un peu de viande. *Le chien n'a pas vomi;* après quelques heures, il a eu des selles fréquentes, et le lendemain il n'était nullement affecté.

Ce résultat, *que nous sommes loin de regarder comme complet et définitif*, on va voir tout à l'heure pourquoi, a néanmoins une certaine importance, puisque ce chien *n'a pas vomi*, contrairement à l'effet ordinaire du sublimé sur les chiens qui en avalent.

Enfin, partant du même principe que Navier, M. Mialhe a proposé l'emploi du protosulfure de fer hydraté. Ce produit opère la décomposition du sel mercuriel, et lui-même n'est nullement vénéneux; précieux et nécessaire avantage pour un contre-poison, afin qu'on ne craigne pas d'en donner en grand excès. Mais l'empoisonnement par le sublimé corrosif n'est pas assez commun pour qu'on puisse astreindre les pharmaciens à conserver chez eux ce nouveau produit, qui n'a pas d'autre usage thérapeutique. D'ailleurs, dans sa préparation il faut avoir recours à l'emploi d'un sulfure alcalin au minimum, ou à l'hydrosulfate de soude, produits que le Codex n'a pas rangés au nombre des substances que l'on doit trouver préparées dans toutes les pharmacies. Nous croyons que le sulfure de fer hydraté au maximum doit lui être préféré.

Rien n'est plus facile que la préparation de ce persulfure. Il suffit de verser goutte à goutte une dissolution neutre de sulfate ferrique dans une dissolution de foie de soufre étendu d'eau. On obtient ainsi un précipité noir, gélatineux, qu'on prive du sulfure de potassium en excès par des lavages et des décantations et que l'on conserve sous l'eau dans un flacon bien clos. On ne peut obtenir ce persulfure de fer en versant la dissolution de sulfure alcalin dans une dissolution ferrique, car l'oxyde ferrique se réduit alors à l'état d'oxyde ferreux, pendant qu'il se précipite du soufre.

Nous aurions institué des expériences physiologiques comparées sur la valeur des divers contre-poisons du sublimé corrosif; mais nous en avons été détournés 1° par l'incertitude qui domine tous les résultats

que nous avons obtenus, et dont nous allons faire connaître la source ; 2° parce qu'il existe un contre-poison du sublimé corrosif qui réunit toutes les conditions désirables. L'eau albumineuse proposée par M. Orfila est d'une innocuité parfaite et se trouve partout. Elle forme instantanément un composé insoluble avec le bichlorure de mercure. Ce composé, il est vrai, *n'est pas complétement inactif;* mais, dans les cas d'empoisonnement, on ne néglige jamais de faire vomir les malades, et on les débarrasse ainsi sûrement de l'hôte dangereux que leur estomac pourrait encore contenir.

Nous avons donc accepté les résultats obtenus sur ce point par cet habile expérimentateur, et nous nous sommes arrêtés devant des obstacles tels que ceux-ci :

Exp. II. Un chien robuste et de forte taille reçoit dans un peu de viande 1 gramme de bichlorure de mercure.

On se prépare à lui lier l'œsophage. Mais à peine la gueule est-elle attachée, que, pendant des efforts de vomissement très-violents, le chien rend une grande masse d'écume. On le délie, et les efforts de vomissement continuent à se répéter; des écumes sont rendues en grande abondance, en même temps que la viande avalée avec le bichlorure, et chaque fois le chien se met à trier sa viande et à l'avaler de nouveau.

Au bout d'une heure, il fait encore quelques efforts pour vomir; mais il ne paraît pas sérieusement malade.

Il s'est si bien et si promptement rétabli, qu'il a pu, quelques jours après, servir pour d'autres expériences.

1° Il faut noter l'extrême rapidité avec laquelle les vomissements sont venus.

2° Il nous eût été inutile de lier l'œsophage après les premiers vomissements ; car nous ne pouvions savoir combien il était resté de bichlorure dans l'estomac.

3° Enfin, ce fait démontre que, sans la ligature de l'œsophage, les empoisonnements et par conséquent les contre-poisons ne prouveraient pas assez.

Exp. III. Un chien gros et fort reçoit par une plaie faite à l'œsophage une solution de 1 gramme de bichlorure de mercure dans de l'eau.

L'œsophage est lié.

Très-peu de temps après, efforts pour vomir; ces efforts sont moins violents et moins précipités que pour le chien précédemment cité. Au bout d'un quart d'heure tout au plus, diarrhée.

Dans la journée, les vomissements se calment, et le lendemain matin, ce chien se montre assez bien portant.

Il a été remarquable qu'à chaque effort de vomissement, on voyait sortir de la plaie de grandes traînées glaireuses qui semblaient venir d'en bas et formaient toujours dans leur intérieur un renflement ressemblant tout à fait à une très-grosse bulle de verre soufflé.

Le surlendemain, ce chien est encore bien vivant et ne paraît pas souffrir autrement que de sa plaie. On lui délie l'œsophage, et il se met à boire beaucoup, mais toute l'eau sort par la plaie du cou.

Il est tué.

L'estomac ne présente pas la moindre trace d'altération.

Nous trouvons que l'œsophage a été lié juste sur une piqure faite dans ce conduit par la sonde destinée à conduire la ligature. C'est par ce trou que sortaient, dans les efforts de vomissement, les traînées glaireuses ci-dessus décrites.

Le poison a pu sortir par là.

Physiologiquement parlant, les bulles d'air provenant de l'estomac, et gonflant le mucus filant qui sortait par la plaie, sont dignes de remarque.

En toxicologistes, nous devons noter l'intégrité de l'estomac, qui est pourtant demeuré un temps notable en contact avec du bichlorure de mercure. Mais nous ne pouvons pas tirer de conséquence positive de ce fait, puisque tout le bichlorure a pu sortir par la plaie de l'œsophage.

Le fait suivant serait plus probant :

Exp. IV. Un chien vigoureux a pris dans un peu de viande 1 gramme de bichlorure de mercure.

Immédiatement après, il a avalé encore dans de la viande 2 grammes de poudre de zinc et 4 grammes de poudre de fer mêlées.

Deux minutes après, il a fait des efforts pour vomir et a rendu le tout. Quelques minutes après, il paraissait parfaitement tranquille, et il a continué de vivre comme si rien ne lui était arrivé.

Ce fait prouverait beaucoup en faveur du remède employé; mais, pour lui donner toute valeur, il faudrait aussi qu'il fût prouvé qu'un chien est empoisonné quand il avale et garde 1 gramme de bichlorure de mercure sans contre-poison.

C'est ce que nous avons voulu vérifier, et pour cela :

Exp. V. Nous injectons dans l'estomac d'un chien vigoureux, par l'œsophage ouvert, 1 gramme de bichlorure de mercure dissous dans 80 grammes d'eau.

L'œsophage est lié avec soin au-dessous de l'ouverture pratiquée pour l'injection.

Le lendemain matin, nous trouvons le chien bien vivant, quoiqu'il ait paru malade après l'opération et qu'il ait fait de grands efforts pour vomir. Il a l'œil très-clair, se promène avec aisance et se sauve très-bien en nous voyant.

Le soir, après trente heures, on défait la ligature. L'animal peut les jours suivants avaler de l'eau dont la plus grande partie sort par sa plaie. Puis il s'échappe en apparence fort bien portant le sixième jour après la première opération.

Ce fait prouve qu'un gramme de bichlorure de mercure n'empoi-

sonne pas toujours un chien vigoureux. Il explique très-bien la conservation des deux premiers et même à la rigueur celle du troisième, chez qui l'empoisonnement n'a pas réussi.

Ces expériences nous ont paru justifier toute la méfiance avec laquelle on doit accueillir des essais sur les contre-poisons dans lesquels on n'aura pas commencé par s'assurer de la propriété du poison, et de plus lié soigneusement l'œsophage.

D'après tous ces faits, nous avons dû renoncer à essayer sur les chiens et ce poison incertain sur eux, et les contre-poisons même que la théorie chimique conseille.

Dans un prochain article nous nous occuperons des empoisonnements par le cuivre.

BOUCHARDAT, S. SANDRAS.

CHIMIE ET PHARMACIE.

NOTE SUR UN NOUVEAU PROCÉDÉ D'ESSAI DE L'HUILE D'OLIVES, PROPOSÉ PAR M. GOBLEY.

L'instrument présenté par M. Gobley à la Société de pharmacie de Paris étant du petit nombre de ceux qui portent avec eux le cachet d'une utilité pratique incontestable, nous croyons devoir nous hâter d'en publier ici la description, bien persuadé qu'il sera accueilli avec un vif empressement.

On sait que de tous les moyens proposés jusqu'ici pour reconnaître la présence de l'huile blanche dans l'huile d'olives du commerce, le meilleur est sans contredit celui de Poutet, lequel n'est cependant pas exempt de reproches; car, outre qu'il ne permet pas de préciser dans quelles proportions exactes les deux huiles ont été mélangées, et qu'il exige une manipulation longue, il manque encore quelquefois son effet.

On pourrait, il est vrai, selon nous, régulariser ce mode d'essai, et, partant, faire cesser ce dernier inconvénient; il suffirait pour cela de préparer le réactif mercuriel dans des circonstances telles, que sa composition fût identiquement la même; mais, même alors, ce procédé aurait toujours le grave défaut de ne pas indiquer par un nombre la quantité d'huile d'œillette ajoutée à l'huile d'olives dont on désire connaître la pureté.

Le nouveau procédé d'essai proposé par M. Gobley peut être mis en

pratique dans un temps beaucoup plus court que celui de Poutet. Il permet, de plus, de constater la présence des plus petites quantités d'huile blanche dans l'huile d'olives, et d'apprécier sensiblement dans quelles proportions les deux huiles ont été mélangées. Ce moyen consiste dans l'emploi d'un instrument que M. Gobley nomme *élaïomètre*, et dont la construction est fondée sur la différence qui existe entre l'huile d'olives et l'huile blanche sous le rapport de la densité. Cet instrument est un aréomètre dont la boule, qui a une assez grande ampleur, est surmontée d'une tige mince. En raison de cette construction, l'instrument est d'une très-grande sensibilité. Il est construit de telle manière, qu'à la température de 10° R. ou 12,5 centigr., il s'affleure à 0 dans l'huile d'œillette pure qui est la plus dense, et à 50° dans l'huile d'olives pure qui est la plus légère. L'intervalle entre 0 et 50 a été divisé en cinquante parties égales. Le 0 est placé au bas de la tige et le 50 à la partie supérieure.

L'auteur a préféré faire graduer l'élaïomètre pour la température de 10° R. ou 12,5 centigr., qui est la température ordinaire des caves où sont placés le plus souvent ces produits.

Pour faire l'expérience, il faut se placer dans une pièce où il n'y ait pas de courant d'air, et dont la température soit peu éloignée de celle à laquelle on veut opérer. On place ensuite l'huile dans une éprouvette à pied en cristal d'un diamètre assez grand pour que la distance entre la paroi intérieure de l'instrument soit de deux centimètres au moins tout au tour. L'huile ne doit arriver qu'à 10 millimètres au-dessous du bord supérieur. On place l'éprouvette remplie d'huile dans un bain-marie contenant de l'eau, laquelle doit s'élever jusqu'à la hauteur que l'huile doit atteindre lorsque l'instrument y sera plongé. L'eau qui est destinée à servir de bain-marie doit être à une température très-voisine de celle à laquelle on veut faire l'expérience. Il va sans dire qu'il faut la réchauffer si la température est au-dessous de celle à laquelle on veut opérer, et la refroidir si elle est au-dessus; on arrive aisément à ce but à l'aide de deux bons thermomètres, l'un plongeant dans l'huile et l'autre plongeant dans l'eau. Quand par une agitation convenable on est parvenu à donner à l'huile et à l'eau une température sensiblement égale, on enlève le thermomètre placé dans l'huile et on le remplace par l'élaïomètre. Il faut veiller à ce que cet instrument s'enfonce de manière à occuper le centre de l'éprouvette et qu'il n'en touche pas les parois. L'orsqu'il cesse de descendre, on le fait plonger d'un degré seulement; s'il reste à ce degré sans remonter, on le fait plonger d'un second degré ; alors il remonte. Ces précautions sont nécessaires pour vaincre la résistance que l'huile tend à opposer.

Quand l'instrument est bien fixé à son point d'affleurement, on regarde le degré qu'il marque. Il faut lire, non le degré qui se trouve au sommet de la courbe que forme le liquide contre les parois de l'instrument, mais au-dessous, au niveau réel du liquide.

L'élaïomètre doit être soigneusement essuyé après chaque opération, sans quoi les matières qui resteraient à sa surface, augmentant son poids, le rendraient moins juste, inconvénient d'autant plus marqué que l'instrument est par lui-même très-sensible.

Pour avoir des résultats exacts, il faut opérer comme il vient d'être dit; mais si l'on ne veut avoir que des résultats approximatifs, on peut se contenter de plonger l'élaïomètre dans l'huile, après avoir pris exactement la température avec un bon thermomètre. Pour faire l'essai de cette manière, il est indispensable de se placer dans un endroit dont la température soit très-voisine de celle de l'huile.

Si, en opérant à 12, 5 centigr. ou 10° R., l'instrument s'arrête à 50°, on peut être certain que l'huile soumise à l'analyse est pure; mais si, au lieu de s'arrêter à 50°, l'élaïomètre s'arrête au-dessous, on peut en conclure que l'huile est mélangée.

Quand on aura opéré à une température supérieure à 10° R. ou 12,5 centigr., il faut tenir compte de la température de l'huile et du degré auquel l'instrument s'arrête, et ramener l'opération comme si elle avait été faite à celle de 10° R. ou 12,5 centigr.

M. Gobley s'est assuré par l'expérience que le mélange, à proportions variables, d'huile d'olives et d'huile blanche se dilate d'une manière sensiblement proportionnelle au degré de l'élaïomètre entre 10° et 15° R. ou 12,5 et 18, 75 centigr., et que cette dilatation est de 4° 5 de l'instrument pour chaque degré de l'échelle de R., et de 3° 6 pour chaque degré de l'échelle centigrade.

Il s'ensuit donc qu'en opérant avec l'échelle de R., pour ramener l'opération à la température de 10°, il suffira de déduire du nombre donné par l'instrument 4° 5, qui exprime la dilatation de l'huile pour un degré de l'échelle de R., autant de fois qu'il y a de degrés entre celle de 10° et celle à laquelle on aura opéré. Ainsi, si on a opéré à la température de 13° R., et obtenu 63,5, on diminuera le nombre 4° 5 trois fois, c'est-à-dire 13,5 du nombre 63,5 obtenu : on aura alors 50°, ce qui indiquera que l'huile essayée était pure.

Si on opère avec l'échelle centigrade, pour ramener l'opération à 12,5, il faut déduire 3° 6 autant de fois qu'il y aura de degrés entre 12° 5 et la température à laquelle on aura opéré. Ainsi, si on avait opéré à 16°25, on diminuerait 3° 6 multiplié par 3° 75, ou 13° 5 du nombre 63° 5; on aurait alors 50° comme dans le cas précédent.

Mais si, au lieu d'obtenir 50°, on avait obtenu 41°, on serait certain que l'huile a été mélangée, et en multipliant par deux le nombre 9 qui est la différence entre 41° et 50°, on reconnaîtrait que l'huile essayée contient 18 p. °/₀ d'huile blanche; si au contraire elle ne marquait que 35°, c'est qu'elle contiendrait encore une proportion plus grande d'huile blanche, elle en contiendrait 30 p. °/₀, la différence de 35 à 50 étant 15, nombre qui, multiplié par 2, égale 30.

Le seul reproche fondé que l'on puisse faire à la méthode analytique proposée par M. Gobley est relatif aux huiles d'olives obtenues par fermentation, ces huiles ayant une densité moindre que l'huile d'olives pure, puisque d'après l'auteur elles marquent de 54° à 56° à l'élaïomètre, de sorte qu'on pourrait les ajouter à de l'huile blanche, de manière à amener leur densité à celle des huiles d'olives de bonne qualité. Mais, ainsi que le fait très-judicieusement remarquer M. Gobley, l'huile obtenue par fermentation a dans la saveur quelque chose de désagréable que l'huile blanche ne ferait qu'augmenter. Aussi conseille-t-il de goûter l'huile d'olives avant de l'essayer, et de la rejeter si elle présente un arrière-goût de moisi, d'huile chauffée, ou si elle laisse à la gorge un sentiment d'âcreté. Qui ne sait que l'huile d'olives de bonne qualité présente une saveur douce qui n'est nullement désagréable? Un second inconvénient serait celui où les huiles étant rances et ayant augmenté de densité, seraient considérées par l'essai comme contenant de l'huile blanche, bien qu'elles en fussent totalement exemptes.

On pourrait enfin reprocher à l'élaïomètre sa trop grande sensibilité; car, comme il a été dit plus haut, un degré de l'échelle de R. équivaut sensiblement à 4° 5 de l'instrument élaïométrique, lesquels équivalent à 9 p. 100 d'huile blanche; ou un degré de l'échelle centigr. équivaut à 3° 6 ou à 7° 2 d'huile blanche; de sorte qu'un thermomètre qui serait en défaut d'un degré donnerait lieu à des erreurs excessivement graves. Mais ce reproche n'est pas fondé, la première condition pour déterminer la densité des liquides à l'aide des aréomètres étant d'employer des instruments d'une grande justesse. Pour faire des essais avec l'élaïomètre, la même condition est à remplir; en conséquence, il est indispensable que cet instrument ait été fabriqué par un ouvrier habile (1). Quant aux thermomètres, il est absolument indispensable qu'on ait apprécié leur justesse avant d'en faire usage; il suffit pour cela, comme on le sait, de les plonger dans la glace fondante : ils doivent marquer zéro.

« J'ai tout lieu d'espérer, dit M. Gobley, que l'emploi de l'élaïomètre

(1) L'élaïomètre de M. Gobley se trouve chez M. Dinocour, quai Saint-Michel, 9, à Paris.

sera substitué au procédé de Poutet, parce qu'il permet d'apprécier la valeur des huiles d'olives dans un temps beaucoup plus court, et de reconnaître non-seulement la présence des plus petites quantités d'huile blanche, mais encore sensiblement la proportion dans laquelle les deux huiles ont été mélangées. »

Pour corroborer l'opinion de M. Gobley, nous ajouterons, qu'ayant été chargé par la Société de pharmacie, de concert avec M. Louradour, de faire un rapport sur son élaïomètre, nous l'avons fait fonctionner avec un plein succès : ainsi, différentes huiles d'olives dont la pureté nous était connue, ont toutes marqué 50°, comme cela devait être. Ces mêmes huiles, additionnées d'une proportion plus ou moins grande d'huile blanche, ont donné des mélanges que l'élaïomètre nous a fait exactement reconnaître.

Nous ne craignons donc pas de dire ici que l'instrument de M. Gobley est appelé à rendre de véritables services aux commerçants en général, et aux pharmaciens en particulier. MIALHE.

FORMULE AVANTAGEUSE POUR EMPLOYER LA MAGNÉSIE COMME PURGATIF.

La magnésie calcinée est rarement usitée en France comme purgatif; il n'en est pas de même dans les colonies américaines. Je tiens de M. Capitaine, mon estimable ami, l'un des pharmaciens les plus distingués de la Guadeloupe, qu'à la Pointe-à-Pître on en fait un usage presque journalier, sous le nom de *médecine de magnésie.*

La médecine de magnésie se prépare avec :

Magnésie calcinée . . . . . . 8 gramm.
Sucre ou sirop simple,
et eau Q. S. pour un verre de mixture.

M. Capitaine fait le plus grand éloge de cette préparation. D'après lui, la médecine de magnésie purge abondamment, sans faire éprouver ni fatigue ni coliques ; elle ne provoque que peu de selles, mais des selles copieuses, molles et comme pultacées.

La présence du sucre ne me paraît pas étrangère à l'action de ce précieux laxatif; j'ai tout lieu de croire, au contraire, que ce corps se transforme dans l'estomac, en tout ou en partie, en acide lactique, lequel agit sur la magnésie de concert avec l'acide hydrochlorique contenu dans le suc gastrique, la rend soluble et par conséquent active.

Que cette manière de voir soit vraie ou fausse, toujours est-il qu'une potion purgative magnésienne, préparée comme il va être dit, con-

stitue un purgatif très-efficace, agissant en tout point comme l'indique M. Capitaine, ainsi que j'ai eu l'occasion de m'en assurer par la voie de l'expérimentation clinique.

Médecine de magnésie.

Prenez :	Magnésie calcinée	8	gramm.
	Sirop de sucre.	80	—
	Eau de fleurs d'orangers . . .	20	—

Broyez exactement la magnésie avec un peu de sirop, et quand le mélange est parfaitement homogène, ajoutez le restant du sirop et l'eau de fleurs d'orangers. MIALHE.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOTE SUR UNE OBSERVATION D'AFFECTION CALLEUSE TRÈS-DOULOUREUSE DES PIEDS ET SUR L'EFFICACITÉ DES PÉDILUVES ALCALINS DANS CE CAS.

Dans le courant de l'été 1842, M. de S..., âgé d'environ quarante-cinq ans, me consulta pour une incommodité à laquelle il était sujet et qui, quoique peu sérieuse en apparence, lui occasionnait depuis quelque temps une gêne très-grande pour la progression, au point de la rendre presque impossible. Pour me faire mieux connaître la nature de son mal, il me mit à nu ses pieds et m'en montra la plante. Celle-ci était en grande partie couverte de surfaces calleuses assez larges et assez épaisses, c'est-à-dire qu'il en existait partout où la surface plantaire appuyait sur la chaussure pendant la progression. Dans les autres points, on était étonné de la grande finesse de la peau et de sa grande vascularité, ce qui établissait un contraste manifeste avec la présence des callosités. Il existait, au reste, chez ce sujet, une telle disposition à la production de ces indurations épidermiques, qu'une pression, pendant quelque temps prolongée sur la surface palmaire de la main, bien qu'elle fût modérée, ne manquait pas d'y en faire développer. C'est ainsi que, s'il portait pendant quelques jours une canne, et qu'il en appuyât la tête, comme c'est l'ordinaire, sur la paume de la main, il était certain d'y voir très-prochainement se développer une surface calleuse, d'une épaisseur variable, mais en rapport avec la continuité de la cause comprimante. Toutefois, ce qui gênait surtout notre malade, c'était l'excessif endolorissement de la plante des pieds, lequel était devenu si prononcé que

la déambulation était une espèce de supplice. Ainsi, quand il voulait sortir de chez lui, il avait à prendre garde de bien poser le pied sur le sol, sans quoi il éprouvait la sensation d'un millier d'épines qui lui entraient dans les chairs des pieds, ou celle d'un cruel déchirement de la peau de cette partie. Toutes les espèces de chaussures avaient été essayées pour atténuer cette excessive sensibilité. Les callosités avaient été usées en partie avec beaucoup de précaution et à plusieurs reprises. Avant même que j'eusse été consulté, diverses espèces de pommades, diverses espèces de pédiluves avaient été employés sans fruit : on avait été même jusqu'à vouloir conseiller une médication générale antidartreuse, dans la pensée qu'il y avait peut-être quelque chose d'herpétique dans cet état morbide. Les moyens que je prescrivis moi-même d'abord, tels que certaines pommades anodines, des onctions avec des huiles douces et calmantes, des pédiluves avec de fortes décoctions de têtes de pavots, ne soulagèrent aucunement. Les pieds ne présentaient cependant aucune trace de gerçures ou de fissures. Tout annonçait, au contraire, que la cause des douleurs consistait dans la disposition vasculaire du derme superposé aux callosités, dont la présence ne lui permettant pas de prendre une expansion suffisante, devenait la cause d'une vive et très-douloureuse irritation consécutive. Pressé cependant par le malade de faire cesser un état qui, s'il venait à s'aggraver encore tant soit peu, irait jusqu'à l'empêcher de cheminer dans sa maison, et ayant encore tenté sans fruit l'usage de quelques bains aux eaux thermales de notre ville, j'en vins à lui conseiller enfin l'emploi des pédiluves alcalins préparés avec une lessive de cendres de sarments. Dès que M. de S... eut pris le premier de ces bains de pied, une amélioration des plus remarquables se fit sentir; il fut facile de reconnaître qu'une heureuse modification s'était opérée dans la sensibilité des pieds, et au bout de quelques jours d'usage de ce moyen, le malade marchait sur le pavé de nos rues aussi librement et avec aussi peu de gêne qu'il l'eût jamais fait. Depuis cette époque, ce monsieur emploie de temps en temps le même moyen plutôt pour prévenir le retour de ce premier état que pour le combattre, car il ne s'est plus reproduit depuis. Nous trouvâmes donc, dans la prescription des pédiluves alcalins préparés avec une lessive peu concentrée de cendres de sarments, un remède efficace contre cette affection on ne peut plus douloureuse des pieds.

La maladie dont je viens de parler paraîtra sans doute de prime abord fort peu importante, et la médication toute simple par laquelle j'en ai en dernier lieu combattu avec succès le symptôme le plus importun, l'excessive douleur, sera peu propre par sa simplicité, sa trivialité même, à frapper l'attention. J'ai cru pourtant utile de recueillir

cette observation, persuadé que si, parmi les lecteurs qui en prendront connaissance, il se trouvait des hommes de l'art qui eussent, dans leur pratique, quelque cas semblable à celui dont il vient d'être question, il leur serait agréable d'être avisés d'un moyen qui leur permettrait de procurer à leur malade un soulagement immédiat. Ces pédiluves alcalins n'ont pas sans doute, on le pense bien, détruit la disposition aux callosités, mais ils ont fait cesser les douleurs suraiguës qui les accompagnaient, et par conséquent les inconvénients qui en faisaient un phénomène péniblement morbide.

PAYAN,
Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Aix (Bouches-du-Rhône).

BIBLIOGRAPHIE.

Essai d'hématologie pathologique, *par* G. ANDRAL, *professeur à la Faculté de médecine de Paris*, *membre de l'Institut*, *de l'Académie de médecine*, *médecin de la Charité*.

En rendant compte, il y a quelques années, dans ce même journal, de la dernière édition de *la Clinique* de M. le professeur Andral, nous disions : «Maintenant, d'après le choix que M. Andral vient de faire librement de la chaire de pathologie et de thérapeutique générales à la Faculté de Paris, est-il permis de conjecturer l'influence que l'habitude du point de vue nouveau auquel il est aujourd'hui placé, exercera sur l'ensemble de ses idées scientifiques? Oui certainement; mais il vaut mieux laisser à l'avenir le soin de développer ce résultat. »

Nous nous posions alors en prophète prudent, qui rend un oracle ambigu de peur de se compromettre; aujourd'hui notre mission est plus facile, nous pouvons apprécier par l'intuition directe ce que nous n'avions alors que vaguement pressenti.

Par un éclectisme que M. le professeur Andral a toujours compris un peu autrement que les esprits à courte vue qui l'ont attaqué, ce médecin a constamment professé que la maladie, conçue d'une manière générale, résulte d'une modification survenue soit dans les solides qui entrent dans la composition du corps humain, soit dans les liquides qui en forment également une partie essentielle, soit dans les forces qui régissent les uns et les autres, les font conspirer au même but, et réalisent ainsi l'unité de vie dans l'état de santé comme dans l'état de maladie. Après avoir consacré de longues années à l'étude du premier de ces éléments,

en s'occupant surtout d'anatomie pathologique, la logique de la méthode aussi bien que l'insuffisance des données de cette dernière à constituer la pathologie, ont conduit en même temps M. Andral à diriger ses recherches sur les altérations des liquides dans les maladies, et à chercher à déterminer la part d'influence de ces altérations dans la production des phénomènes morbides. En entrant dans cette nouvelle voie, le professeur de pathologie générale n'a point pu ne pas être frappé de la tendance des médecins, dans presque tous les temps, à attribuer à l'élément humoral de l'organisme une influence plus ou moins considérable dans le développement des maladies. Mais cette idée, malgré son opiniâtreté à la reproduire, n'est restée jusqu'ici dans la science qu'à l'état de simple hypothèse. Il n'en pouvait être autrement, car la chimie organique, l'analyse microscopique, qui seules pouvaient lui servir de moyens de vérification, par conséquent lui donner une valeur scientifique réelle, n'existaient point, ou manquaient d'hommes qui sussent les appliquer au profit de la pathologie.

M. Andral a pensé que les progrès récents de la chimie organique, comme une plus grande habitude à se servir de l'analyse microscopique, rendaient possible l'application de ces deux instruments précieux à l'étude des liquides de l'organisme vivant. Déjà ce médecin illustre a publié, en collaboration avec un jeune médecin à qui est promis un brillant avenir, M. le docteur Gavaret, plusieurs mémoires où les résultats les plus importants et souvent les plus inattendus soit dans l'ordre physiologique, soit dans l'ordre pathologique, ont été consignés. Dans le livre qu'il publie aujourd'hui, dans l'*Essai d'hématologie pathologique*, le savant professeur de la Faculté de médecine cherche à formuler les conséquences générales auxquelles l'observation, appliquée à un ordre de faits nouveaux, l'a conduit. Voici l'indication rapide des nombreuses questions sur lesquelles les travaux profondément originaux de M. Andral jettent les plus vives lumières. Le sang est successivement étudié, soit à l'aide du microscope, soit à l'aide de l'analyse chimique, dans la pléthore, dans l'anémie, dans les pyrexies, dans les phlegmasies, dans les hémorrhagies, dans les hydropisies, dans quelques maladies organiques, dans les névroses. Il s'en faut bien, sans doute, que des recherches qui n'embrassent encore que deux ou trois années, aient donné tout ce qu'on peut légitimement en attendre ; mais en présence des résultats auxquels elles ont conduit, on peut dire que c'est de là que surgissent les questions les plus capitales de la science, et que c'est de ce côté aussi que la lumière doit venir. Le cadre étroit dans lequel nous sommes forcé de nous renfermer nous empêche de signaler ces remarquables résultats ; nous ne pouvons que recommander vivement la lec-

ture, la méditation du livre où ceux-ci sont développés. Si nous ne craignions de paraître exagéré dans l'expression de notre pensée, nous dirions naïvement notre impression : on pressent presque une science nouvelle quand on suit avec attention la pensée d'un homme qui marche avec une si prudente hardiesse. Du reste, toutes les intelligences élevées qui ne s'emprisonnent pas dans le cercle d'une idée stérile sous le prétexte de fermeté d'esprit, ont compris la portée des conséquences formulées par le professeur de pathologie et de thérapeutique générales, et se sont tournées vers des études si fécondes (1). Or, vous dirons-nous en finissant : « Là où vous voyez les aigles assemblés, allez-y, car c'est là qu'est le soleil. »

BULLETIN DES HOPITAUX.

Nouvelle modification au procédé d'opération du phymosis. — M. Ricord a modifié d'une manière très-avantageuse le procédé qu'il employait pour opérer la circoncision. Depuis l'année 1839 la suture de la peau de la verge et des lèvres de la portion muqueuse qu'il contenait, lui avait fait quelquefois obtenir des guérisons en trois ou quatre jours; mais cette méthode n'ayant pas encore été portée au point de régularité qu'elle a atteint aujourd'hui, n'était pas appliquée d'une manière générale, tandis qu'elle est maintenant suivie dans presque tous les cas.

Voici comment opère M. Ricord. La verge étant soutenue par un aide, une ligne tracée à l'anneau marque sur la peau un cercle indiquant la direction oblique de la couronne du gland, puis une seconde ligne parallèle limite en avant, à la distance de cinq ou six millimètres, les parties sur lesquelles doit porter l'incision. Une ouverture convenable est toujours obtenue, et l'on n'est jamais obligé plus tard de dilater ou d'inciser de nouveau.

Après ce premier temps, le prépuce, amené de manière à ce que la seconde ligne tracée sur la peau se trouve dépasser l'extrémité du gland, est saisi suivant la direction qu'elle indique à l'aide d'une pince à panse-

(1) Parmi les travaux récents exécutés à ce point de vue, nous ne pouvons nous empêcher de signaler ici un ouvrage que vient de publier un de nos vétérinaires les plus instruits, M. Delafond, professeur à l'école d'Alfort. Cet ouvrage est le *Traité sur la maladie du sang des bêtes à laine*; cette affection est une pléthore générale, avec hémorrhagies partielles, qui fait de nombreuses victimes, et dont l'étude offre le plus vif intérêt.

ment dont les mors sont parallèles et s'insèrent sur le côté dans toute leur longueur.

Alors avec une aiguille lancéolée on perfore le prépuce de part en part à travers les ouvertures des mords de la pince, afin de disposer à distance convenable autant de fils séparés que l'on veut pratiquer de sutures, puis on enlève d'un seul coup avec le bistouri la portion du prépuce qui est demeurée libre en avant de la pince. Il suffit après cela de diviser la muqueuse d'un seul trait, jusqu'à son insertion, et de couper les anses des fils qu'on voit appliqués sur le gland, de manière à ce que de chaque côté l'on puisse pratiquer un point de suture. Ces différents pansements terminés, on enveloppe la verge de compresses imbibées d'eau froide, et dans la majorité des cas le malade peut sortir de l'hôpital le cinquième ou sixième jour après l'opération.

D'après une modification proposée par M. Bazin, pour se dispenser du temps de l'opération qui consiste dans la division de la muqueuse, on peut, avec une longue aiguille, traverser vers la base du gland et de dedans en dehors la muqueuse et la peau, puis les parties se trouvant ainsi fixées, on coupe entre l'aiguille et la pince, et l'on obtient d'un seul trait la section de la peau et de la muqueuse.

Comme on le voit, dans ce nouveau procédé M. Ricord passe les fils destinés à pratiquer la suture avant de couper le prépuce. La pince qu'il a inventée lui permet d'arracher cette tumeur avec la plus grande facilité, et de plus, les fils protégés par les mors à travers lesquels ils passent, ne sont pas exposés à être coupés pendant l'opération.

Les résultats parfaitement réguliers que nous avons constatés dans les salles de l'hôpital des Vénériens, nous donnent la conviction que M. Ricord a été très-heureusement inspiré en appliquant à la circoncision, à l'aide d'un nouvel instrument, le procédé de suture, dont l'idée première appartient à M. Velpeau, et qui se trouve décrit, à l'occasion du bourrelet des lèvres, dans le tome III de sa *Médecine opératoire.* Ainsi, très-simplifiée, l'opération s'abrége de beaucoup, occasionne bien moins de douleurs, et presque toujours on obtient les avantages de la réunion immédiate.

En terminant cette note, nous ne laisserons pas échapper l'occasion de prévenir les praticiens contre les mécomptes qui peuvent leur arriver. Ils sauront qu'à moins d'urgence absolue, il ne faut jamais faire la circoncision lorsqu'il existe des chancres à la période de progrès, car le pus virulent ne manque jamais alors d'inonder les lèvres de l'incision qu'il convertit en ulcère spécifique. Toute assertion contraire à ce fait constaté par des observations irrécusables, ne saurait provenir que d'une

erreur de diagnostic, ou de circonstances tellement exceptionnelles qu'il est plus que permis de révoquer en doute leur production.

Sur un cas où le forceps a été appliqué avant l'entière dilatation du col. — Une femme qui, il y a un an, dans un accouchement précédent, avait présenté une procidence du cordon et le ralentissement des contractions utérines, qui avaient nécessité l'application du forceps, a été apportée à la clinique dans les circonstances suivantes. Elle était à terme; le travail avait commencé le 21 juin vers sept heures du soir, et la rupture des membranes s'était opérée vers deux heures du matin. Le médecin qui l'assistait, remarquant de la lenteur dans le travail, et se fondant peut-être sur la conduite qu'on avait tenue lors du premier accouchement, crut nécessaire d'appliquer le forceps; mais l'application échoua après plusieurs tentatives infructueuses. A l'arrivée de cette femme à l'hôpital, M. P. Dubois put constater dans quelle étrange erreur le praticien était tombé; le col n'était pas dilaté, et le segment inférieur de l'utérus recouvrait encore en totalité la tête de l'enfant. Un bain et de la patience permirent à l'accouchement de s'effectuer très-heureusement : l'enfant pesait huit livres et demie.

Ces méprises ne sont pas très-rares, et on ne saurait trop s'attacher à prémunir les jeunes praticiens surtout contre de semblables erreurs; on frémit à l'idée de ce qui serait arrivé, dans ce cas, si le médecin avait pu saisir la tête comprise dans le segment inférieur de l'utérus.

Malheureusement tous ceux qui se sont aussi étrangement trompés n'ont pas été aussi heureux que lui; moins timides, ils ont persévéré, et ont arraché, à l'aide d'efforts considérables, en même temps que la tête, une grande portion de l'utérus, et ont fait périr les malheureuses victimes de leur ignorance ou de leur inattention. Il faut donc, avant toute application de forceps, s'assurer que l'orifice est dilaté; et, si la tête est dans l'excavation, que cette tête a franchi l'orifice de l'utérus. Madame Lachapelle insiste sur ces précautions, et signale les accidents que leur omission peut déterminer. Dans ce cas, plusieurs circonstances servent encore à induire en erreur les médecins qui n'ont pas encore une assez longue pratique. Les femmes s'exagèrent les premières douleurs qu'elles ont ressenties, font remonter le début du travail bien plus tôt qu'il n'a eu lieu en effet; et l'accoucheur croit à la nécessité d'abréger ce travail, qui lui semble trop prolongé, et il croit d'autant plus à cette nécessité, qu'il trouve la tête plus près de la vulve, et qu'elle est arrivée dans ce point depuis un plus long temps. Il ne sent pas, il est vrai, la tête bien nettement, les fontanelles et les

sutures sont peu perceptibles ; mais il attribue cette sensation à l'épaississement du cuir chevelu, et non à la présence du segment inférieur de l'utérus aminci. Il suffit que l'attention soit éveillée sur ces diverses circonstances, pour éviter de commettre une faute aussi grave.

Nouvelle observation de la pellagre dans les hôpitaux de Paris.

Il y a un an à peine, un interne des hôpitaux, M. Théophile Roussel, qui avait observé et étudié la pellagre en Italie, en trouva un exemple sur un malade de l'hôpital Saint-Louis, dont l'affection de la peau offrait de grandes difficultés au diagnostic. Depuis, l'attention éveillée sur ce fait, de nouveaux exemples se sont présentés et ont été diagnostiqués avec certitude et facilité. Un de ces cas s'est présenté dans le service de M. Devergie, sur un homme âgé de quarante-deux ans, charretier de plâtre depuis quinze ans. Cet homme n'avait jamais été malade, lorsqu'en 1835 il fut pris, sur la route de la Villette, d'un vif picotement sur le dos des mains qui bientôt devinrent rouges, érythémateuses, gonflées, avec chaleur, fendillement et crevasses. Rien de remarquable sur la figure, sur le cou ou sur la poitrine. Quelques picotements aux yeux, quelques éblouissements. Il entre à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de Biett, qui le traita avec succès par les bains alcalins, et qui sembla attribuer sa maladie au contact du plâtre. Six ans s'écoulent sans symptômes de la même affection ; mais cet individu, qui était fort bien constitué, perd peu à peu son énergie et son embonpoint, et au printemps de 1841 il est pris des mêmes symptômes que six ans auparavant, auxquels s'ajoutent la rougeur de la face et du cou, état écailleux de l'épiderme, aspect parcheminé de la peau, vertiges, éblouissements. Il est de nouveau reçu à Saint-Louis, dans le service de M. Cazenave, où, sous l'influence des bains alcalins, il guérit dans quinze jours. Le printemps de 1842 se passe sans accident ; mais cette année la maladie reparaît avec plus d'intensité, et cet homme rentre à l'hôpital, service de M. Devergie, dans l'état suivant : attitude et mouvement d'un homme qui est dans un commencement d'ivresse, loquacité, figure rouge, érythémateuse, mais d'un rouge cuivré ; yeux très-brillants, coloration légère de la partie intérieure et inférieure du cou ; dos des mains d'un rouge bien luisant ; la peau en est sèche et parcheminée. Quand on la plisse, on est frappé de son peu d'épaisseur. Sentiment de pesanteur à la tête, éblouisssements, bourdonnements d'oreilles ; ses idées ne sont pas nettes, il a de la peine à les rassembler ; il marche comme un homme ivre. Depuis plusieurs semaines il a de la diarrhée, des douleurs vagues, et de l'embarras dans le ventre ; il est oppressé, il a de la peine à respirer

complétement; sans être absolument porté vers le suicide, il a eu une fois, en voyant de l'eau, la pensée de s'y jeter. Absence d'appétit; bouche sèche, rouge, injectée et chaude, langue sale, pouls petit et lent; douleurs vagues le long du dos, rien aux jambes et aux pieds. — Sur cet ensemble de symptômes, M. Devergie, qui n'avait jamais vu la pellagre, diagnostiqua la maladie. Il prescrivit des bains, un traitement émollient, des lavements et des cataplasmes laudanisés. Sous l'influence de ces moyens, la santé du malade s'est notablement améliorée; la diarrhée a disparu presque complétement; l'appétit est revenu, et l'état érythémateux de la figure, du cou et des mains a singulièrement diminué. Cependant il est à craindre que le printemps prochain la maladie ne prenne une intensité nouvelle, et que le malade ne succombe à de nouvelles atteintes de cette singulière et terrible affection.

Sur une hémiplégie survenue après l'accouchement. — La congestion cérébrale n'est pas un phénomène purement accidentel; dans l'état puerpéral elle s'explique très-bien par les modifications que la grossesse imprime à toute l'économie, et surtout par celles qui lui sont imprimées par le travail de l'enfantement; aussi n'est-il pas rare de voir l'hémorrhagie cérébrale et ses conséquences se manifester dans l'état puerpéral.

Une femme, couchée au n° 19 de la clinique, âgée de vingt et un ans, nouvellement accouchée à terme, et chez laquelle le travail n'avait offert qu'un peu de lenteur, vient d'en offrir un exemple; elle a a été atteinte quelques heures après d'une hémiplégie gauche; la commissure de la bouche, de ce côté, était déviée ainsi que la langue; le bras et la jambe étaient devenus immobiles, les muscles étaient en état de résolution, et la sensibilité de la peau presque éteinte. Deux saignées assez fortes ont été pratiquées, un vésicatoire a été placé sur le membre inférieur paralysé, la malade a été mise à l'usage du petit-lait émétisé. Les lochies, qui s'étaient suspendues lors de l'accident, ont reparu le troisième jour, et peu à peu la sensibilité des membres et leurs mouvements sont revenus, la déviation de la langue a diminué, enfin tous les symptômes de paralysie ont disparu sous l'influence de la réaction laiteuse, qui s'est faite franchement, et la malade est sortie bientôt de l'hôpital parfaitement guérie.

Luxation de la cuisse en haut et en dehors chez un enfant de onze ans. — S'il est commun d'observer, chez les enfants, la luxation

spontanée du fémur, la luxation traumatique est extrêmement rare. M. Bafos n'en a pas vu un seul exemple dans l'espace de trente ans, et M. Guersant fils, qui lui a succédé dans le service chirurgical de l'hôpital des Enfants, n'a pas eu l'occasion de l'observer une seule fois. La singularité de ce fait, que nous ne chercherons pas à expliquer pour le moment, donne de l'intérêt à l'observation suivante :

Le nommé Vazcille, âgé de onze ans, fort, bien musclé, fit une chute, le 20 juillet dernier, en voulant monter dans une charrette dont le cheval partit au trot au moment où il allait entrer dans la voiture. Au dire de ses parents, la roue de la charrette aurait passé sur la hanche et la cuisse gauches. A cela se bornent les renseignements que l'on put obtenir sur les circonstances qui accompagnèrent la chute. Au moment de l'accident, l'enfant ressentit une douleur très-vive, et ne put pas se relever, et, quatre heures plus tard, il fut apporté à l'hôpital des Enfants, où M. Guiet, interne de service, l'examina immédiatement. La cuisse gauche était en adduction forcée. Le membre a subi un raccourcissement de deux pouces. La pointe du pied, tournée en dedans, correspond à la malléole interne du pied droit. Le pli de l'aine était très-profond. La face interne du gênou gauche répondait à la partie antérieure de la cuisse droite, qui est ainsi croisée par la cuisse gauche à angle aigu. La cuisse luxée est fléchie sur le bassin à angle obtus, et la jambe sur la cuisse. Si on fait coucher le malade sur le dos, et si on cherche à rendre au membre sa rectitude normale, on parvient facilement à étendre la jambe sur la cuisse, tandis que l'extension de celle-ci sur le bassin est impossible. Le raccourcissement et la rotation du membre en dedans persistent. Le mouvement d'adduction, quoique déjà très-prononcé, peut encore être augmenté ; celui d'abduction et de rotation en dehors sont complétement impossibles : tous ces mouvements sont d'ailleurs très-douloureux.

En examinant le malade par derrière, on s'aperçoit que le pli de la fesse gauche est plus élevé, et, en même temps, que cette fesse est beaucoup plus saillante que celle du côté opposé. Le grand trochanter est sensiblement rapproché de la crête iliaque, et on sent, dans la fosse iliaque externe, une tumeur dure, arrondie, saillante. L'ensemble de ces caractères réunis ne laissait aucun doute sur la nature de la lésion ; c'était bien évidemment une luxation de la cuisse en haut et en dehors.

Jugeant avec raison que dans les accidents de ce genre il est urgent d'agir le plus tôt possible, et de ne pas attendre le développement de l'inflammation, qui peut, plus tard, mettre obstacle à la réduction, M. Guiet y procéda de la manière suivante :

Le malade est couché, dans son lit, sur le côté droit ; la cuisse luxée

fut fléchie de manière à former un angle presque droit avec le bassin. Dans cette position, l'extension est pratiquée sur la jambe étendue sur la cuisse, et préalablement garnie d'un drap plié, solidement maintenu avec une bande en 8 de chiffre assez fortement serrée. La contre-extension porte à la fois sur le bassin et la cuisse droite, au moyen de deux draps qui embrassent ces parties. En même temps le chirurgien, placé derrière le malade, applique la paume de la main gauche sur la tête du fémur, et la pousse dans la direction de la cavité cotyloïde. Ce dernier temps peut être négligé sans inconvénient, et la réduction ne s'en opère pas moins avec beaucoup de facilité. Chez notre malade l'extension a été faible, et la tête de l'os luxé rentra presque immédiatement dans la cavité, en faisant entendre un bruit caractéristique, et le membre fut replacé aussitôt dans les conditions anatomiques normales. De suite après la réduction, M. Guiet pratiqua une saignée du bras ; le pouls était dur, fréquent, et la peau chaude. Le 21, plus de chaleur, plus de fièvre. Seulement à la pression sur le grand trochanter on constate une douleur vive dans l'articulation coxo-fémorale. Quelques applications de sangsues en firent promptement justice. Le 11 du mois d'août Vazeille quitte l'hôpital : il marche sans douleur.

En terminant, nous appellerons l'attention sur le mode de réduction employé par M. Guiet ; il s'est conformé, ainsi qu'on l'a vu, au principe donné par Pott, surtout pour la réduction des fractures : ce principe est celui de la flexion. C'est celui adopté et suivi à l'hôpital Saint-Antoine par M. Bérard aîné, qui, dans deux cas de luxation iliaque du fémur, chez des adultes vigoureux, eut recours avec succès au procédé que nous venons de décrire, et qui a également bien réussi entre les mains de M. Guiet.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

ANÉVRYSME POPLITÉ *traité par la compression de l'artère fémorale.* John Gunch, cinquante-cinq ans, tanneur, entra à l'hôpital le 17 janvier 1843. Il y a cinq semaines, il éprouva depuis le genou jusqu'à la cheville une sensation de brûlure, de gêne ; il y a sept jours, en se promenant, il sentit comme quelque chose qu'on lui coulait dans le mollet, en même temps douleur très-violente dans cette région, ce qui l'obligea de s'asseoir : il reconnut alors dans le jarret une tumeur de la grosseur du poing. Le malade jouit d'une bonne santé, bien que sa physionomie ne montre pas que sa constitution soit très-bonne. Le creux du jarret est le siége d'une tumeur placée très-bas dans cette région et offrant tous les caractères d'un anévrysme. Les téguments de la région sont sains ; l'anévrysme est indolore. On ne peut percevoir les battements

des artères tibiales postérieure et antérieure ; le pouls radial est très-faible, 60 à 70 pulsations par minute. Les artères principales sont distendues et leurs tuniques sont amincies, les pulsations du cœur sont irrégulières, quelquefois intermittentes ; les veines n'offrent rien de notable. Ce malade est soumis à l'usage de la digitale.

M. Cusack le décide à faire usage de la compression avec l'instrument de M. Hulton. Cet instrument permet de presser directement sur l'artère à la faveur d'une pelote à vis qui s'applique sur elle ; de plus il permet de partager le point d'appui fourni à la pelote sur une étendue très-grande, de façon que la circulation collatérale n'est nullement gênée. M. Cusack enveloppa préalablement le membre d'un bandage roulé. Une heure après, sensation d'un poids dans le jarret s'étendant jusqu'au cœur, accompagné de défaillance, de faiblesse. La pelote de l'instrument est desserrée, et après que cet état a disparu, on serre de nouveau. Du 22 au 27, l'application de l'appareil resta douloureuse, et le moindre mouvement le dérangeait. M. Cusack alors le remplaça par l'appareil compresseur de M. P. Crampton. L'artère est comprimée sans avoir besoin de serrer le membre avec un bandage. Les battements de l'anévrysme sont diminués et ils pourraient être à la rigueur complétement arrêtés. 17, pas de changement remarquable : on augmente et on diminue la pression suivant que le malade peut la supporter sans peine. 19, le membre est œdémateux, autour de l'articulation du pied, il est un peu tendu : pas de changement dans la tumeur ; la pelote est desserrée et le membre entouré d'un bandage roulé. 22, la tumeur a diminué même lorsque la pelote est desserrée ; il en est de même des pulsations. La température des deux membres est presque égale. 25, l'instrument est enlevé, plus de pulsations ; l'artère fémorale offre des pulsations jusqu'à l'anneau de l'adducteur : température partout la même. 1er avril, l'état que nous venons d'indiquer se soutient ; le malade garde encore le lit : sa santé s'est améliorée.

Deux autres observations d'anévrysmes poplités traités également avec succès par la compression furent communiqués en même temps que celle qui précède à la Société chirurgicale d'Irlande dans sa séance du 22 avril 1843, l'une par M. *Hulton*, l'autre par M. *Bellingham*. Ces faits, auxquels on pourrait en ajouter plusieurs autres, observés surtout dans ces dernières années en Angleterre, prouvent que nous avons en France trop généralement abandonné la compression dans le traitement des anévrysmes. Ce moyen, que souvent des appareils défectueux ou une fausse théorie sur le mode d'oblitération des artères ont compromis, nous semble appelé à rendre d'importants services si on veut bien se rappeler que pour guérir un anévrysme il n'est pas nécessaire d'arrêter complétement le cours du sang, de déterminer en un mot une pression qui agisse sur le vaisseau au point de l'enflammer pour en déterminer l'oblitération. L'anatomie pathologique, en effet, a montré l'utilité d'une compression modérée dans le principe, puisqu'elle a prouvé qu'un faible courant finit par déposer dans le sac anévrysmal de la fibrine, de manière à intercepter en peu de temps le cours du sang. La compression dirigée convenablement à l'aide d'appareils bien raisonnés est donc la première indication qu'il convient de remplir dans le traitement des anévrysmes. Pour éviter l'inconvénient de voir l'appareil se déranger au moindre mouvement, M. Bellingham a jugé à propos de partager le point d'appui de son appareil sur une large surface, et au lieu d'employer un cercle compresseur offrant une surface égale des deux côtés, il emploie une attelle dont l'avantage est d'embrasser une grande surface et de rendre l'instrument plus stable. (*Dublin medical Press.*, mai 1843.)

APOPLEXIE (*Nouveau moyen de traitement chirurgical de l'*). La thérapeutique de l'apoplexie roule tout entière aujourd'hui sur les émissions sanguines. Quoique des moyens bien divers aient été proposés pour arriver à ce résultat, saignée de la jugulaire, de la veine preparate, de la pituitaire, sangsues à l'occiput, etc., etc., le but commun et général est de soustraire du sang au cerveau. Ce but peut-il être atteint? Non, assure M. Claudius Barbier de Lyon, et cela par une loi physique incontestable. En effet, le système circulatoire encéphalique étant renfermé dans une boîte solide, non

extensible et sans communications avec l'air extérieur, se trouve soustrait aux lois de la pression atmosphérique; en conséquence, il ne peut s'opérer aucun changement matériel dans la quantité absolue du sang qui circule dans le crâne. Par ce seul fait on est autorisé à conclure que les évacuations sanguines, quelque abondantes qu'elles soient, ne diminuent pas au plus léger degré le sang que reçoit la tête, pas plus que l'on ne vide l'éprouvette renversée sur la cuve hydro-pneumatique, en enlevant l'eau de celle-ci. Loin donc de présenter les avantages que l'on en espère, les saignées ne font que s'opposer à une réaction vitale salutaire et rendre l'autocratie de la nature impossible. — Tel est le langage bien absolu, comme on voit, de M. Barbier. De là à la proposition d'un nouveau moyen, il n'y avait qu'un pas, aussi l'a-t-il hardiment franchi. L'expérience prouve, dit-il, que la cavité crânienne peut, comme tous les autres organes, être privée du sang qu'elle contient, lorsque l'ouverture de la veine est faite ***après l'application préalable d'une couronne de trépan***. En conséquence, M. Barbier propose, dans les épanchements intra-crâniens spontanés, de pratiquer, ***avant tout***, la perforation des os de la tête, dans un des points où ils ont le moins d'épaisseur, aux tempes, aux bosses pariétales, et cela, autant que possible, du côté même de l'épanchement. — Cette perforation, ajoute gravement l'auteur, pourrait se pratiquer instantanément, sans qu'il fût besoin d'enlever le cuir chevelu et de dénuder les os, à l'aide d'un petit instrument térébrant en forme de foret appliqué à l'extrémité d'un vilebrequin.

Cette belle idée, M. Barbier ne l'a pas encore mise à exécution, mais il l'indique « comme un jalon de plus « planté sur la route de la science, « comme une idée mère susceptible « de developpements étendus et uti- « les. » Nous ne voudrions pas troubler la satisfaction de l'auteur, mais nous craignons bien qu'elle ne soit pas partagée par les praticiens qui connaissent toutes les déceptions des applications de la physique à la pathologie, et qui répugneront à considérer la tête humaine seulement comme un tonneau dans lequel un foret fait pénétrer la pression atmosphérique. (***Jour. des Conn. méd.***, juillet 1843.)

CANCER DE LA LANGUE (*Sur l'emploi de la ligature dans un cas de*). *Guérison par ce moyen.* Michaël Géclau, 54 ans, entre à l'hôpital Saint-Vincent au mois de juin 1843, dans le service de M. Bellingham. Il y a cinq ans que le mal dont il est atteint commença par une gerçure à la surface de la langue. Depuis trois ans il s'est formé une tumeur dans l'épaisseur de l'organe; cette tumeur s'ulcéra et guérit en partie; elle avait le volume d'un pois; depuis elle a toujours grossi : son volume est celui d'une grosse muscade; elle est dure et occupe l'épaisseur du côté gauche de la langue, plus près de sa pointe que de sa base. Cette tumeur est le siége de douleurs lancinantes; elles s'étendent parfois jusqu'à l'angle de la mâchoire, jusqu'à l'oreille du même côté. La parole n'est point embarrassée par la présence de la tumeur. On n'observe pas de ganglions engorgés. Géclau dit qu'il avait l'habitude de fumer avec une pipe très-petite, dont le bout frottait contre la langue. Or, c'est dans ce point où le tuyau appuyait que s'est développée la gerçure. On procéda de la manière suivante à l'opération : une aiguille courbe armée de deux fortes ligatures de soie est passée à travers l'épaisseur de la langue de la partie inférieure à la partie supérieure, derrière la partie malade. Les deux fils sont séparés et liés de manière à embrasser une portion triangulaire de l'organe, comprenant toute la partie malade. Après que les fils ont été serrés, la portion étranglée devient noire, et du sang s'écoule par la surface de la tumeur ulcérée : l'opération est suivie d'une salivation abondante, d'une douleur dans le gosier et de difficulté dans la déglutition. Quelques jours après, au lieu de se sphacéler, la portion étranglée par les fils reprend sa sensibilité. Il est probable que les fils, après avoir coupé une partie du tissu malade, se sont relâchés. On introduit donc deux fils de plomb qu'on serre de chaque côté, afin d'étrangler complétement le tissu de la langue. Deux jours après on est obligé de serrer de nouveau les fils, et bientôt le tissu est complétement coupé; mais on remarque que la portion de la langue embrassée par les liens continue à vivre, par la raison que les parties coupées se sont de nouveau réunies. Un stylet

mousse armé d'une ligature est alors introduit dans l'épaisseur de l'organe par la voie formée par les premières ligatures. Cela fait, on serre les deux fils de manière à couper ou à diviser les portions nouvellement réunies. Cette manœuvre est accompagnée de beaucoup de douleur et d'un écoulement de sang assez abondant. La partie étranglée est détachée le lendemain, et pendant que le malade déjeunait, elle fut avalée avec les ligatures. — Huit jours après, Gélau quitte l'hôpital et retourne chez lui. (*Dublin medical Press.*, juillet; *Arch. génér. de méd.*, juillet 1843.)

DELIRIUM TREMENS (*L'autopsie ne signale aucune lésion inflammatoire de l'encéphale dans le*). Les cas de *delirium tremens* suivis de mort et d'autopsie sont assez rares pour que nous croyions utile de donner un résumé succinct de celui qui vient d'être observé à l'hôpital Beaujon, service de M. Louis.

Un homme de cinquante-deux ans, d'une constitution détériorée, adonné aux excès alcooliques, entre le 7 juillet dernier à l'hôpital. On apprend que depuis douze ans il divague, que depuis lors il a un tremblement des bras et des jambes, et ne peut marcher qu'en chancelant. Le malade ne s'assoupit pas un seul instant pendant la nuit; il s'agite dans son lit, se lève pour marcher dans la salle. Maigreur assez prononcée, vue conservée, pupilles régulières, ouïe intacte. Il parle spontanément, tient des propos décousus. Parfois, si on l'interroge, il répond assez bien tout d'abord, il paraît comprendre les questions qu'on lui adresse; mais bientôt il recommence à divaguer. Tremblement très-marqué des membres supérieurs. Du reste, rien d'anormal dans la poitrine et le ventre. On prescrit une potion avec l'hydrochlorate de morphine. Bientôt la poitrine s'embarrasse, une teinte bleuâtre se répand sur les mains et le visage, et malgré deux saignées, le malade s'éteint tranquillement le quatrième jour de son entrée.

A l'autopsie, que trouve-t-on? Rien, qu'une quantité anormale de sérosité, d'ailleurs limpide, une atrophie assez légère des circonvolutions, quelques taches opaques de la pie-mère, et voilà tout. Dans tout cela il n'y a aucun indice de congestion sanguine ou de travail inflammatoire, en un mot aucune altération appréciable que l'on soit en droit de considérer comme la cause du délire. Comment expliquer la mort chez ce malade? Pour nous, elle a été le résultat d'un affaiblissement général; telle est l'opinion qu'on puisse avoir en présence des détails de l'autopsie, qui indiquent la flaccidité des chairs, celle du cœur dont la mollesse était remarquable, les caractères physiques du sang partout noir et complétement liquide, même celui qui avait été enlevé par la veine. (*Gaz. des hôpit.*, juillet 1843.)

EAU DE MER GAZEUSE (*De l'emploi de l'*) *et de ses vertus purgatives*. L'usage interne de l'eau de mer soit comme purgatif, soit comme médicament altérant, est populaire près des côtes. Des praticiens bons observateurs ont à plusieurs reprises appelé l'attention des médecins sur les propriétés énergiques de cet agent; et rappeler les travaux de Russel, Buchan, Assegond, de M. Gaudet, etc., c'est rappeler des observations dignes de foi. Cependant l'usage de l'eau de mer à l'intérieur ne s'est pas généralisé; cela tient à deux causes principales, son goût détestable d'abord, sa prompte altérabilité ensuite, qui ne la rend pas transportable au delà de certaines limites. M. Paquier, pharmacien à Fécamp, a cherché à obvier à ces deux inconvénients, et y a fort heureusement réussi. M. Rayer, chargé de faire un rapport à ce sujet à l'Académie de médecine, a fait connaître que M. Paquier puisait l'eau de mer à une grande distance de la côte et à une certaine profondeur; qu'elle se trouvait ainsi beaucoup moins chargée de débris végétaux et animaux qu'elle tient en suspension, et que pour l'en débarrasser entièrement, il la filtrait ensuite. Enfin, que pour masquer sa saveur désagréable, il la chargeait de gaz acide carbonique. Cent bouteilles d'eau de mer ainsi préparée ont été mises à la disposition de la commission, qui a constaté qu'après plusieurs mois elle n'avait subi aucune altération. M. Rayer l'a expérimentée à son service de l'hôpital de la Charité et a reconnu que tous les malades l'ont bue sans répugnance, qu'elle n'a déterminé aucun accident, et qu'en général elle était préférée, comme saveur, à l'eau de Sedlitz. Comme propriétés thérapeutiques, M. Rayer a constaté qu'elle était supérieure à

l'eau de Sedlitz comme purgatif, et qu'une bouteille d'eau de mer purgeait plus énergiquement qu'une bouteille de cette eau à 32 grammes. M. Rayer croit aussi que l'eau de mer gazeuse préparée par M. Paquier peut rendre de grands services dans les maladies scrofuleuses.

Nous croyons en effet que cette découverte de M. Paquier peut devenir une acquisition précieuse pour la thérapeutique, et que l'usage interne de l'eau de mer trouvera des indications nombreuses. (*Bull. de l'Acad. de méd.*, juillet 1843.)

EAUX MINÉRALES DE CRANSAC (*Propriétés thérapeutiques des*). Si les eaux de Cransac ne sont pas au nombre des eaux les plus connues des médecins et les plus fréquentées par les malades, ce n'est pas que leurs propriétés thérapeutiques et leur efficacité soient moindres que celles des eaux plus renommées. Pour s'en convaincre, il faut lire la notice que M. le docteur Murat vient de publier à ce sujet. Notre honorable confrère prouve par des faits consciencieusement observés, que dans les affections asthéniques, et lorsqu'on a le soin d'en proportionner la dose à l'âge, au sexe, au tempérament, à l'intensité de la maladie, etc., les eaux de Cransac sont utiles. Il rapporte des cas de succès dans les affections vermineuses, dans l'hypertrophie asthénique du foie, dans la diminution de la sécrétion biliaire, dans les hémorrhagies passives, la leucorrhée, la chlorose, l'aménorrhée, mais surtout dans le principe de toutes les affections scrofuleuses, lorsqu'il n'y a encore ni mouvement fébrile, ni phlegmasie consécutive.

Les eaux de Cransac sont fortement ferrugineuses; leur analyse chimique, faite avec le plus grand soin par M. Murat, fait connaître la richesse de leurs principes minéralisateurs, et explique l'énergie de leur action. Cette notice augmentera sans doute leur réputation, injustement bornée jusqu'alors à quelques départements voisins. (*Traité sur la nature et les propriétés des eaux minérales et étuves de Cransac*, par M. Murat. 3e édit. 1843.)

EMPOISONNEMENT PAR LE CUIVRE (*Nouvelles recherches sur l'*). Au nombre des symptômes ou effets pathologiques que déterminent les composés de cuivre, il en est deux récemment observés par MM. Flandin et Danger, qui, passés sous silence par les toxicologistes, sont très-dignes d'attention. Le premier est la réduction partielle qu'éprouvent les sels solubles de cuivre au contact des matières organiques; le second est un phénomène de salivation ou de flux bronchique qui se manifeste d'ordinaire quelques heures après l'empoisonnement aigu. Ce symptôme de salivation ou flux bronchique est d'une grande valeur. Il a révélé aux auteurs quelle était la voie par laquelle la nature se débarrasse du cuivre. Ce n'est pas par les reins que cette élimination a lieu, ainsi qu'on l'a observé pour l'antimoine et l'arsenic; elle s'opère par la transpiration pulmonaire. C'est dans ce liquide d'exhalation, en effet, qu'ils ont retrouvé le poison absorbé, après l'avoir longtemps cherché dans les urines. Quand l'anhélation cesse, l'animal avale avec sa salive le fluide de la perspiration bronchique; c'est avec les excrétions intestinales que le cuivre est emporté; c'est là qu'on le retrouve en proportions considérables. La sécrétion biliaire pourrait contribuer à cette évacuation, la bile examinée après la mort contenait des traces de cuivre; mais ce qui peut provenir de cette source doit être très-faible.

Cette différence dans les voies d'excrétion que s'ouvre la nature pour expulser les poisons, a paru aux auteurs devoir conduire à d'importantes conséquences relativement au traitement à prescrire dans les cas d'empoisonnement par le cuivre. Selon les symptômes ou les périodes de la maladie, les moyens qu'ils jugeraient les plus rationnels seraient d'abord les neutralisants chimiques, tels que la limaille de fer, la limonade sulfurique et les émético-cathartiques, ensuite les excitants généraux ou diffusibles, les sudorifiques et les bains de vapeur; enfin l'emploi simultané ou sagement combiné de l'une et l'autre de ces médications, aidée au besoin des antiphlogistiques pour détruire les effets d'irritation locale. (*Compte-rendu de l'Acad. des sciences*, juillet 1843.)

FIÈVRE INTERMITTENTE OCTANE (*Observations de*). Les occasions d'observer la fièvre intermittente sous le type octan sont fort rares. Quelques médecins même en nient la possibilité. Cependant des

faits authentiques observés par Baillou, Tissot et autres médecins, ne permettent pas de douter de son existence. M. le docteur Mondière vient d'en publier tout récemment un nouvel exemple dont nos lecteurs liront avec intérêt quelques détails.

Un homme de soixante ans, d'une bonne et forte constitution, d'un tempérament sanguin, issu d'un père et ayant eu un frère morts d'apoplexie, est réveillé dans la nuit par une sensation de froid bornée aux parties supérieures, promptement suivie d'une forte chaleur, de céphalalgie intense, détourdissements, de tintements d'oreilles, etc. Un officier de santé, mandé en toute hâte, croyant sur cet ensemble de symptômes avoir affaire à une congestion cérébrale, pratique une saignée qui n'a aucun résultat favorable. Ce n'est que vers six heures du matin que le mieux se manifeste, que les symptômes perdent de leur intensité pour disparaître bientôt entièrement. Le reste de la semaine se passa bien, le malade put se livrer, comme à l'ordinaire, à ses travaux habituels.

Huit jours après et pendant la nuit, le malade éprouve encore un frisson, mais général et plus fort, frisson qui fut suivi de tous les phénomènes précédemment décrits. M. Mondière est appelé, et, n'attachant pas au frisson initial toute l'importance qu'il méritait, il crut, comme le confrère qui l'avait précédé, à un état pléthorique ou au développement d'une fièvre inflammatoire, et il pratiqua une saignée de 370 grammes. Il conseilla pour le lendemain une application de quinze sangsues à l'anus, un régime peu excitant, des boissons délayantes et un lavement purgatif. Une sueur abondante se déclare et les accidents disparaissent complétement.

Huit jours après, apparition nouvelle des mêmes phénomènes, mais avec plus d'intensité. M. Mondière reconnaît alors la nature du mal, et prescrit pour le dimanche suivant, jour qui devait précéder le quatrième accès probable, douze décigrammes de sulfate de quinine, qui devaient être donnés à la dose de deux décigrammes toutes les deux heures, en commençant à onze heures du matin.

L'accès, en effet, retarda de six heures; il n'y eut qu'un léger frisson suivi d'une fièvre peu intense qui s'était terminée sans sueur. Le sulfate de quinine fut donné à dose décroissante les trois dimanches suivants, et les accidents ne reparurent plus.

Ainsi donc, voilà une fièvre intermittente octane bien caractérisée, dont la nature n'est connue qu'au troisième accès. Ce fait offre une frappante analogie avec le fait cité par Adam Limprecht d'un exemple *d'apoplexie* qui revenait tous les huit jours, dans l'intervalle desquels la santé était parfaite; mais le malade mourut à la troisième attaque.

Une circonstance singulière remarquée par M. Mondière, c'est que dans le plus grand nombre de cas de fièvre intermittente octane qu'il a pu recueillir dans les auteurs, les accès revenaient le dimanche ou le lundi. (*Rev. méd.*, juin 1843.)

FISTULES URINAIRES PÉRINÉALES *traitées avec succès par la sonde à demeure introduite dans la vessie par l'orifice de l'une des fistules.* La difficulté que l'on éprouve à guérir les fistules urinaires, quelle que soit la méthode de traitement à laquelle on ait recours, recommande à l'attention des praticiens le fait suivant qui n'est pas seulement remarquable à cause du résultat obtenu, mais bien encore par le procédé mis en usage. Le nommé Charles, 55 ans, postillon, entre le 14 mars dernier à l'hôpital Saint-Louis. Cet homme, d'une excellente constitution, eut deux gonorrhées dont il se guérit parfaitement sans qu'aucune laissât des traces; la dernière eut lieu à l'âge de vingt-cinq ans. Il y a dix-huit mois, Charles conduisait une calèche, son porteur s'abattit et le jeta violemment sur le pommeau de la selle. Il y eut ainsi un choc violent au périnée. Malgré la douleur très-vive qu'il ressentit, notre homme se remit en selle et continua sa route pour revenir ensuite d'Arpajon, où il se rendait, à Lonjumeau, son point de départ. Pendant huit jours, malgré les souffrances qu'il endurait, Charles continua son service. Le huitième jour, gonflement considérable et douloureux au-dessous des bourses; pendant huit jours, repos et cataplasmes émollients sur le périnée. La tuméfaction disparut, et le malade, se considérant comme guéri, reprit ses habitudes et put remonter à cheval sans éprouver de douleur. Quatre mois se passèrent sans le moindre accident du côté des organes génito-urinaires.

C'est alors que le gonflement se manifeste de nouveau. Un médecin consulté sur les lieux diagnostique un abcès du périnée et, jugeant le cas grave, il envoie le malade à Paris où il fut admis dans un hôpital. Le chirurgien dans le service duquel il fut reçu incisa la tumeur, et dès lors il s'établit par cette incision une fistule urinaire sans que le malade puisse dire s'il sortit de l'urine immédiatement après l'ouverture de la tumeur. Il n'éprouvait d'ailleurs aucune difficulté en urinant, et le liquide formait un jet tout à fait normal. Depuis, des indurations se formèrent autour de la première fistule; deux incisions successivement pratiquées au périnée donnèrent lieu à deux autres fistules. On eut recours aux sondes à demeure dans la vessie. Après six mois de traitement, les fistules s'étaient enfin cicatrisées. Au bout d'un mois, les cicatrices se déchirèrent, et, après avoir longtemps souffert depuis, le malade se décida à entrer dans le service de M. Jobert. A cette époque, on remarque qu'il existe trois fistules avec suintement urineux toutes les fois que la miction s'opère; le liquide suit cependant en plus grande partie la continuité du canal d'où il s'échappe en tire-bouchon. Des trois fistules, l'une, située à la racine des bourses, est largement ouverte; la seconde occupe la ligne médiane à un pouce en avant de l'anus: la troisième se trouve entre les deux autres. Ces trois fistules sont réunies par une masse volumineuse d'indurations. L'exploration du canal fit reconnaître à M. Jobert un rétrécissement au niveau des fistules; il en triompha entièrement à l'aide de bougies graduées et imprégnées à leur extrémité d'une solution aluminée. Pendant cette première partie du traitement, il n'y eut aucune amélioration dans l'état des fistules qui toujours laissaient suinter l'urine. M. Jobert s'avisa alors d'introduire une sonde dans la vessie par l'orifice cutané de la fistule moyenne. Le résultat fut des plus heureux; l'urine sortit en totalité et facilement par cette nouvelle voie. En même temps les indurations disparurent insensiblement, et les deux autres fistules finirent par se fermer. Au bout d'un mois, le chirurgien retira la sonde introduite par le périnée dans la vessie et y substitua une sonde de gros calibre qui cette fois fut portée dans le réservoir urinaire par l'orifice de l'urètre qu'elle parcourut ainsi dans toute sa longueur. Actuellement la seule fistule qui restait, dit M. Laborie qui a recueilli et publié cette observation, s'est tellement rétrécie que l'on ne peut pas dire si elle livre encore passage à l'urine; et nous devons croire que quelques soins attentifs suffiront pour parfaire la guérison. (*Gaz. des Hôp.*, juillet 1843.)

FRACTURE *par écrasement du calcanéum* (*Du diagnostic et du traitement de la*). Depuis le mémoire publié par M. Malgaigne sur la fracture du calcanéum, dont nous avons donné l'analyse dans notre Répertoire, l'histoire de cette lésion s'est enrichie de plusieurs observations, parmi lesquelles celle qui suit nous a paru surtout digne d'intérêt. Le nommé Beland tomba sur le pavé d'une hauteur de cinq mètres; le poids du corps porta uniquement sur le pied droit et notamment sur le talon. Le lendemain on observe les caractères suivants : douleurs vives au pied, surtout vers le talon, gonflement considérable avec ecchymose occupant la moitié postérieure du pied et le quart inférieur de la jambe. Ce gonflement était surtout remarquable au-dessous et au niveau des malléoles; le pied était légèrement dévié en dehors, ***ainsi que cela a lieu dans la fracture du péroné.*** Cette circonstance engagea M. Robert à explorer avec soin d'abord le péroné, puis l'extrémité inférieure du tibia. Ces deux os étaient à l'état normal. Le pied fut alors l'objet des investigations du chirurgien. La partie inférieure de la jambe étant maintenue solidement fixée par un aide, il saisit le pied à ses deux extrémités et essaya de lui imprimer des mouvements latéraux. Une crépitation évidente se fit sentir à diverses reprises au niveau du calcanéum dont la fracture devint ainsi évidente. Immédiatement une large saignée fut pratiquée au bras. Le pied fut entouré de compresses imbibées d'eau froide et souvent renouvelées, et la jambe, demi-fléchie sur la cuisse, fut couchée sur la face externe. Au bout de quatre jours, le gonflement et la douleur étant beaucoup moindres, M. Robert constata que les mouvements du pied sur la jambe étaient libres et pouvaient s'exécuter sans douleur. En même temps la pression avec la paume de la main sur la face inférieure du talon était très-douloureuse. Au dixième

jour, le gonflement est presque entièrement dissipé, seulement un peu d'empâtement persiste sur les côtés du talon; quant à la déviation du pied en dehors, elle est tout autant marquée que le premier jour; en outre le talon est élargi et la voûte plantaire offre un affaissement remarquable. M. Robert entoura le pied et l'extrémité inférieure de la jambe d'un appareil inamovible. Dès le treizième jour, à la faveur de cet appareil, le malade put se lever et marcher soutenu sur une béquille. Au trentième jour, on lève l'appareil. Même état du pied qu'auparavant; On réapplique l'appareil, le malade ne peut pas encore se soutenir sans béquille. Parmi les phénomènes que cette fracture a présentés et qui se retrouvent d'ailleurs dans presque toutes celles de la même espèce, il faut noter la déviation du pied en dehors. Ce phénomène, ajouté au gonflement considérable qui entoure les malléoles et notamment la malléole externe, est très-propre à induire en erreur, en faisant admettre trop précipitamment l'existence d'une fracture du péroné; erreur facile à commettre, surtout quand on examine le membre lésé peu de temps après l'accident, alors que la tuméfaction générale du pied masque complétement les autres signes caractéristiques, suivant M. Malgaigne, savoir l'élargissement du calcanéum et l'affaissement de la voûte plantaire. Quant à la déviation en elle-même, elle tient, dit M. Robert, à ce que, d'après le mode d'articulation du pied avec la jambe, et la conformation du calcanéum, le poids du corps, au lieu d'aboutir au centre de ce dernier os, vient tomber près de sa face interne, d'où il résulte que, lorsqu'une chute a lieu perpendiculairement sur le talon, le côté interne du calcanéum supportant une pression plus considérable que le côté externe, doit subir aussi un écrasement plus marqué. Pour le pronostic, on peut dire que les fractures du calcanéum sont toujours assez graves. Elles privent pendant longtemps les malades de la faculté de s'appuyer sur le talon fracturé; et dernièrement encore M. Robert nous apprend que chez un terrassier qui, au bout de quatre mois, ne pouvait se tenir debout sans éprouver de vives douleurs, il appliqua plusieurs vésicatoires volants pour dissiper un empâtement rebelle qui existait autour du talon. (*Gaz. des Hôp.*, juillet 1843.)

HYDARTHROSES (*De l'emploi de la compression au moyen de l'air condensé dans les*). Les praticiens connaissent aujourd'hui les bons résultats obtenus par M. Pravaz dans les maladies articulaires des hanches par la compression au moyen de l'air condensé. Dans un mémoire récent, l'auteur vient d'ajouter de nouveaux faits à ceux déjà connus et d'étendre son moyen aux hydarthroses. On peut résumer ainsi les nouvelles recherches de M. Pravaz. L'action de l'air condensé n'exerce pas seulement une influence physiologique sur l'organe, en perfectionnant la sanguification; elle coërce encore mécaniquement la force expansive des liquides de l'économie, et peut faciliter la résorption de ceux qui ont été épanchés dans les articulations. Dans les hydarthroses de la cavité cotyloïde, la compression ne pouvant être pratiquée par les procédés ordinaires de déligation, on suppléera de la manière la plus parfaite à ce moyen puissant d'action, la résorption des épanchements, par l'accroissement de la densité de l'air ambiant. La force élastique de l'air comprimé peut être appliquée très-heureusement à dissiper les congestions et les hypérémies de l'encéphale et de la moelle épinière. (*Journ. de médec. de Lyon*, juillet 1843.)

HYDROPISIE *du sinus maxillaire. Perforation de la paroi externe des fosses nasales. Guérison.* Le nommé Bernard, âgé de vingt-six ans, d'un tempérament lymphatique, vit se développer, il y a cinq ans, sans cause connue, un petit abcès de la gencive au niveau de la première petite molaire de la mâchoire supérieure à gauche. L'ouverture s'en fit naturellement, il s'en écoula une petite quantité de pus. Tous les mois à peu près, retour de la tumeur qui se vidait, comme la première fois, sans le secours de l'art. Depuis deux ans, la joue augmenta de volume et les abcès ne reparurent plus. La tumeur avait le volume d'un petit œuf de poule, à base large; elle se continuait directement avec l'os maxillaire supérieur et donnait à la pression une sensation analogue à celle que produit sous les doigts une feuille de parchemin. Ce fut alors qu'au mois de septembre 1842 on perfora le fond de l'alvéole avec un trépan perforatif après avoir arraché la petite molaire. Le sinus ayant été ouvert, il s'en

écoula une certaine quantité d'un liquide séro-purulent qui continua à couler les jours suivants. La sécrétion diminua, et le rapprochement de la gencive amena l'oblitération de l'ouverture artificielle. Quelques semaines plus tard, la tumeur de la joue reparut; le sinus est de nouveau dilaté par le liquide qui s'y accumule.

A son entrée à l'hôpital Saint-Louis, le malade présente le phénomène de crépitation déjà antérieurement observé, il a de plus le nez un peu déjeté à droite. M. Jobert détacha d'abord la gencive dans l'étendue de deux centimètres, puis, attaquant le maxillaire par la face externe, au niveau du fond de l'alvéole, il le perfora à l'aide du trépan perforatif, et il y établit ainsi une ouverture dans le point le plus déclive. Il s'écoula à peu près 30 grammes d'un liquide visqueux et roussâtre : une sonde en gomme élastique est laissée à demeure; elle livre passage pendant la journée à un liquide moins épais et peu abondant. Le lendemain, M. Jobert voulant assurer la guérison du malade, introduit dans le sinus, par l'ouverture artificielle qu'il y a faite, un mandrin recourbé dont il se servit pour perforer la paroi externe de la fosse nasale correspondante, et établit ainsi dans le méat moyen une large voie d'écoulement aux liquides sécrétés par la membrane du sinus.

Quand on pousse une injection par l'ouverture pratiquée sur le bord alvéolaire, le liquide remplit le sinus et vient refluer dans la fosse nasale.

Pendant les premiers jours après l'opération, on fit une injection avec l'eau tiède, ensuite on se servit d'une décoction aromatique. Peu à peu le liquide cessa de couler par l'orifice artificiel, il fut versé en plus grande abondance dans la fosse nasale. Quand le malade quitta l'hôpital, l'ouverture du bord alvéolaire était complétement fermée, il n'existait plus aucune trace de tumeur à la joue. La sensation de parchemin froissé n'avait plus lieu, et le mucus provenant du sinus maxillaire coulait librement dans la fosse nasale. (*Gaz. des Hôpit.*, juillet 1843.)

LUXATIONS DE L'ÉPAULE (*Sur les dangers des tractions violentes dans la réduction des*). Comme il importe de connaître, lorsqu'on fait une opération chirurgicale quelconque, les dangers auxquels on s'expose, nous croyons devoir reproduire ici les expériences faites par M. le professeur Gerdy dans le but de déterminer les lésions qui peuvent survenir dans les tractions trop violentes pratiquées pour réduire les luxations de l'épaule. Voici d'abord le fait qui engagea M. Gerdy à faire ces recherches. Un homme de 46 ans, robuste et assez fortement musclé, fit une chute dans un escalier, étant chargé d'un fardeau considérable. Il en résulta une luxation de l'humérus telle, que la tête de cet os se trouva placée au-devant de la cavité glénoïde, au-dessous et un peu en dedans de l'apophyse coracoïde. Il y a 15 jours que l'accident est arrivé au moment où le blessé entre à l'hôpital. Le 5 mai on fait une première tentative de réduction par le procédé ordinaire, l'extension appliquée sur le poignet et la contre-extension sur le côté de la poitrine; on échoua : saignée du bras, nouvel essai; on échoue de nouveau : nous dirons qu'auparavant M. Gerdy avait tenté la réduction en portant le membre en haut, mais cette tentative avait été complétement inutile; à cause des douleurs que le malade ressentait dans l'articulation scapulo-humérale, il avait été impossible de faire faire au bras un angle de plus de 60 degrés avec l'axe du corps. Le 7 nouvelle tentative de réduction avec une moufle de deux couples de quatre poulies chaque : aucun résultat; on recommence des tractions plus fortes... Ce fut alors que M. Gerdy remarqua sur la face interne du bras une corde fortement tendue qu'il attribue au nerf médian : le malade souffre beaucoup et se plaint d'engourdissement dans le membre. Craignant la rupture du nerf médian, on cesse toutes tentatives et on les ajourne jusqu'à ce que des expériences aient été préalablement faites sur le cadavre. Ces expériences, dans lesquelles on se servit de la moufle, prouvèrent que l'extension est capable de rompre les muscles, mais qu'ils ne se tendent pas aussitôt que les nerfs, lorsque le bras soumis à la traction est étendu dans l'articulation du coude et fait angle droit avec le tronc : que les nerfs tendus alors sont, d'abord le médian, puis le cutané interne, puis le cubital et le radial; que les vaisseaux brachiaux sont moins tendus que les nerfs; que si l'extension est portée assez loin, le médian et le cutané interne se rompent les premiers, mais que la facilité avec laquelle on les distingue

à travers l'épaisseur de la peau, pendant les efforts de traction, permet d'arrêter les efforts avant la rupture de ces nerfs; et que cette précaution est indispensable si l'on veut prévenir ce malheur ou seulement des tiraillements qui pourraient paralyser les fonctions de ces nerfs. Ces expériences ont également démontré qu'en faisant l'extension du bras au-dessus de l'articulation du coude, l'avant-bras étant fléchi sur le bras, les muscles partagent avec les nerfs les efforts des tractions: qu'ils se tendent ensemble, résistent ensemble et se déchirent ensemble; qu'on est toujours assez exactement averti de leur état de tension sur le cadavre, par la raideur qu'ils offrent à travers la peau; enfin que l'on peut porter les efforts de traction plus loin sur le bras fléchi dans l'articulation du coude que sur le bras étendu dans cette jointure, parce que la traction est plus égale sur tous les organes, muscles, nerfs, vaisseaux, etc., du membre soumis à l'opération.

Après ces expériences, le 11 mai, nouvelle tentative de réduction; le tronc est fixé de la même manière qu'auparavant, mais on exerce les tractions sur le bras seulement, l'appareil extensif étant appliqué sur le coude et l'avant-bras fléchi sur le bras. Le malade accuse une douleur très-vive au point où les lacs ont été appliqués, ainsi qu'au niveau de l'articulation scapulo-humérale. La tête de l'humérus ne change pas sensiblement de place, cette tentative est encore infructueuse.

Le malade prend quelques bains, les mouvements de l'épaule sont chaque jour plus étendus; enfin le 18 il s'enfuit au moment où on allait le soumettre à une dernière tentative. Ce malade a-t-il bien dit la vérité sur la date de sa luxation? dans ce cas, on comprendrait difficilement comment il se fait qu'elle ait résisté aux moyens énergiques dont on a fait usage. (*J. de chir.*, juillet 1843.)

PNEUMONIE INTERMITTENTE (*Indications à remplir dans le cas de*). Le temps est passé où, au seul titre de cette observation, les médecins physiologistes se seraient émus d'indignation. Ils ne voulaient pas admettre, parce qu'ils ne pouvaient la comprendre, la realité de ces inflammations intermittentes et des congestions sanguines à caractère plus ou moins pernicieux. Les faits, l'irrécusable autorité des faits recueillis soit par nos prédécesseurs, soit par nos contemporains, ont ramené les esprits à des idées plus exactes. Les cas de ce genre ne sont que trop réels, et malheur au médecin que les préjugés ou les idées systématiques aveuglent; il perd un temps précieux à combattre par les saignées une affection qui demande impérieusement un autre traitement, et quand la vérité se fait jour il est souvent trop tard. Voici un cas rapporté par M. Mondière, où cet habile praticien a pu reconnaître à temps la nature de la maladie et la traiter en conséquence.

Ce fait est d'autant plus intéressant qu'il peut être considéré comme un cas de pneumonie intermittente primitive, car aucun cas de fièvre d'accès n'avait été observé depuis un certain temps dans la localité.

Une femme de cinquante-cinq ans, d'une constitution assez forte, d'une santé habituelle assez bonne, mère de quatre enfants, dont deux jumeaux, est prise vers les onzes heures, d'un violent frisson, puis d'un point pleurétique, toux, etc. A deux heures de l'après-midi, peau brûlante, fièvre assez forte, pouls de 90 à 100, toux fréquente, expectoration difficile, respiration pénible, et augmentant la douleur de côté, crachats pneumoniques; à la percussion son mat dans toute l'étendue du tiers inférieur du poumon gauche; à l'auscultation, râle crépitant bien caractérisé. — Saignée immédiate de 400 grammes; douze sangsues *loco dolenti*, looch kermétisé. — A sept heures du soir tous ces accidents avaient disparu à la suite d'une sueur abondante. M. Mondière crut avoir *jugulé* une pneumonie. Cet état se soutint jusqu'au lendemain, dix heures du matin, où la malade éprouva exactement les mêmes symptômes que la veille après avoir eu une intermittence complète constatée par l'auscultation. L'accès nouveau se termina comme le premier par une sueur abondante. Dès lors M. Mondière fut sur la voie de la nature de l'affection, et le lendemain matin à sept heures, il donna immédiatement 25 centigrammes de sulfate de quinine, et pareille dose deux heures plus tard. L'accès, extrêmement affaibli, ne parut qu'à quatre heures du soir. Le lendemain nouvelle dose de 6 décigrammes de sulfate de quinine, apyrexie complète, ainsi que les jours suivants.

M. Mondière insiste avec raison sur la différence essentielle qui existe entre les pneumonies qui peuvent survenir dans le cours d'une fièvre intermittente, et les pneumonies franchement et primitivement intermittentes, comme celle dont nous venons d'esquisser l'histoire. Dans le premier cas, deux indications à remplir, combattre l'intermittence par le quinquina, s'opposer aux congestions sanguines pulmonaires par la saignée. Dans le second cas, au contraire, la saignée n'a aucune valeur, souvent même est nuisible par l'affaiblissement dynamique qu'elle produit. C'est d'emblée et immédiatement que la nature de la maladie est reconnue qu'il faut recourir à l'antipériodique par excellence. Cette distinction est importante, et nous ne saurions trop souvent la rappeler aux praticiens. (*Rev. méd.*, juin 1843.)

RHINOPLASTIE (*Procédé autoplastique nouveau pour la*). Un jeune homme de vingt-quatre ans avait eu une partie du nez détruite par des ulcérations scrofuleuses (il s'agit probablement d'un lupus). Une partie de la voûte palatine était tombée ainsi que les dents de la mâchoire supérieure; la lèvre était adhérente à la gencive, et enfin le nez était considérablement déformé. Toutefois, la perte de substance avait eu lieu surtout dans la partie comprise entre le bord inférieur des os propres d'une part, le bord libre des narines, le lobule et la sous-cloison d'autre part. Ces dernières parties subsistaient, mais elles étaient remontées, par le travail de la cicatrisation, jusqu'au niveau des os propres, la totalité du cartilage latéral, une partie du cartilage médian et la peau correspondante ayant été détruits.

Le malade désirant vivement être débarrassé de cette difformité, le chirurgien entreprit l'opération suivante : il commença par faire une incision immédiatement au-dessous des os propres du nez dans le tissu de la cicatrice, étendit cette incision jusqu'aux limites du nez et de la joue, et disséqua de manière à ramener à leur ancienne place le bout du nez et le bord libre des narines; il s'établit ainsi sur le dos et les parties latérales du nez un vide que M. Pancoast remplit avec deux lambeaux empruntés aux joues. Ces lambeaux, d'une forme rectangulaire, furent circonscrits de chaque côté par deux incisions horizontales réunies en dehors par une incision verticale. Le côté interne du rectangle, représentant le pédicule du lambeau, fut tenu plus petit que le côté externe et répondit à la partie externe de la circonférence abaissée de la narine.

Puis les lambeaux furent disséqués et amenés par un mouvement de rotation sur la perte de substance. Ces lambeaux furent réunis l'un à l'autre sur la ligne médiane, et au bord de la solution de continuité, par des points de suture entortillée; la plaie résultant sur chaque joue de la section du lambeau fut réunie de la même manière. Les suites de l'opération n'eurent rien de fâcheux; après l'ablation des épingles au cinquième jour, on trouva la réunion immédiate opérée partout, à l'exception de quelques-uns des trajets parcourus par les épingles. Au bout d'un mois, comme les lambeaux faisaient une saillie considérable, M. Pancoast enleva de chaque côté un morceau en forme de V, et réunit encore à l'aide de la suture entortillée. Le nez ainsi restauré finit par offrir une forme très-satisfaisante.

Nous recommandons ce procédé, qui nous paraît ingénieux et préférable au procédé indien dans les cas où les os propres du nez ainsi que les bords libres des narines sont conservés; mais, malgré le succès obtenu, on se demandera toujours si les chances mauvaises auxquelles on expose les malades par de semblables opérations sont compensées par le faible avantage de remédier à une simple difformité. (*The american Journal of medical science*, octobre 1842; *Arch. gén. de médecine*.)

TAILLE SUS-PUBIENNE (*Sur un nouveau procédé proposé pour faire la) au moyen du caustique*. A une époque où les caustiques, longtemps oubliés en thérapeutique, sont plus que jamais en faveur dans le monde chirurgical, ce qui pour notre compte ne nous semble pas encore suffisamment justifié par les faits, nos lecteurs nous sauront gré de leur soumettre une nouveauté opératoire à laquelle on n'avait pas encore songé.

Mais laissons parler l'auteur, M. Vidal (de Cassis). Constant Alphonse, âgé de 19 ans, est entré à l'hôpital du Midi le 13 avril 1843. Il éprouve depuis dix ans des difficultés d'uriner qui surviennent au moment où le malade y pense le moins. Quelque-

fois, dans ces derniers temps surtout, les urines étaient sanguinolentes : il y a quatre ans, à la suite d'une forte attaque de dysurie, les douleurs persistèrent pendant longtemps, et le malade resta un an sans pouvoir marcher autrement que courbé. A mesure que le malade a avancé en âge les attaques sont devenues plus fréquentes et plus pénibles; depuis six mois elles ont lieu plusieurs fois dans un mois, quelquefois toutes les semaines.

A son entrée le malade avait une dysurie qui durait depuis la veille et il éprouvait des douleurs assez fortes; dans la soirée la rétention des urines devint complète; les douleurs disparurent deux jours après l'entrée du malade et ne se sont pas reproduites jusqu'au commencement de l'opération, ce qui fut dû au cathétérisme qui, pratiqué presque chaque jour, s'opposa à l'accumulation des urines dans la vessie.

Le 20 avril, la pierre ayant été reconnue, on commença l'opération de la manière suivante. Un petit cylindre de caustique de Vienne solidifié est promené plusieurs fois sur la partie moyenne de l'hypogastre, depuis la partie supérieure du pubis jusqu'à 4 centimètres au-dessus. Première escharre de la longueur indiquée et de 6 millimètres de largeur environ. Le lendemain 21, application d'une bandelette de pâte de chlorure de zinc au plus fort degré sur l'escharre. Le 22, incision de l'escharre, on penètre jusqu'à 6 ou 7 millimètres de profondeur avant d'arriver aux tissus vivants qu'on n'entame pas. Nouvelle cautérisation du fond de l'incision avec le caustique de Vienne; on y place à demeure du chlorure de zinc. Le 23, rougeur et tuméfaction légères autour de l'escharre qui est toujours très-sèche et coriace. Nouvelle incision sur son fond et l'on pénètre à une profondeur de 10 à 12 millimètres : là, on croit reconnaître l'aponévrose de la ligne blanche. Bandelette de pâte caustique au fond de l'incision. Le 24, légère incision au fond de l'escharre, on touche le plan musculaire, reconnaissable à ses contractions lorsque le malade relève la tête, plutôt qu'à sa coloration qui est tout à fait méconnaissable. Cautérisation avec le caustique de Vienne et pâte de chlorure de zinc au fond de la plaie. Le 25, l'escharre s'étend en largeur, les bords se tuméfient davantage. Nouvelle et légère incision sur l'escharre dans laquelle on place le caustique de chlorure. Jusqu'à ce jour, le malade alla bien; il souffrit peu à la première cautérisation et nullement dans les cautérisations subséquentes : seulement il avait depuis quatre ou cinq jours un peu de diarrhée. Le 26, frissons légers, un peu de froid aux pieds, accélération du pouls. Cependant, il se trouva en très-bon état le lendemain matin. Les 26, 27, 28, 29, l'escharre suppure, tuméfaction assez considérable et rougeur d'un centimètre de large. Le malade va moins bien, il a une épistaxis, le pouls marque 94; l'appétit diminue, la face s'amaigrit un peu, il y a du refroidissement le soir : l'escharre s'est détachée en masse, on l'enlève entièrement, il reste une plaie de 4 centimètres et demi de haut en bas sur 3 et demi dans le sens latéral : les bords se sont affaissés, le fond s'est élevé; pansement simple. On cautérise avec le caustique de Vienne, le 30 et le 1er, la partie moyenne et inférieure de la plaie, c'est-à-dire celle qui est immédiatement au-dessus du pubis. 2 mai, la sonde à dard introduite à plusieurs reprises dans la vessie n'a jamais pu être sentie par le doigt placé sur le fond de la plaie. Ce matin, après avoir injecté dans la vessie un peu moins de douze onces de liquide tiède, la matité de la région hypogastrique étant constatée, M. Vidal divise avec le bistouri les muscles de l'abdomen, le plan aponévrotique qui les double et le tissu cellulaire qui est entre la vessie et les parois abdominales. Ce tissu est tout à fait sain, non encore épaissi par la phlogose produite par le caustique. La vessie est enfin ouverte sans le secours de la sonde à dard, par ponction avec le bistouri ordinaire : l'ouverture est agrandie à l'aide d'un bistouri boutonné; M. Vidal extrait une pierre comme un gros marron. Pendant le reste de la journée le malade se trouve bien, il n'éprouve que quelques picotements à la plaie; le pouls est à 84, 88. Infusion de tilleul. Nous nous dispenserons maintenant de suivre jour par jour l'état du malade; qu'il nous suffise de dire que jusqu'au 9 son état général n'a pas été trop rassurant. Il a peu dormi, il n'a pas eu grand appétit, il a eu l'air inquiet et un peu abattu. L'aspect de la plaie est bon, la cicatrisation se fait sur les bords : l'urine a coulé alternativement par la plaie

et par la sonde laissée dans la vessie, tantôt elle a été purulente et tantôt sanguinolente. Le 9, le malade est très-faible, il maigrit. Poulet, pain, confiture, un peu de vin de Bordeaux. Le 11 dans la nuit, vomissements de matières brunâtres, hoquet, nausées; pouls petit, 104: douleur dans la région du rein gauche. Les vomissements persistèrent, l'abattement devint profond, et le malade succomba le 14 dans l'après-midi; la plaie s'était affaissée, et les bords qui étaient en contact se sont entr'ouverts dès la veille.

L'autopsie montra une altération profonde du rein gauche; son volume a augmenté, il est mou, comme fluctuant; il contient dans son épaisseur des foyers purulents où l'on trouve des graviers: la membrane calicinale est d'un rouge foncé, épaissie, dure et d'un aspect lardacé; le bassinet offre la même altération que les calices; l'uretère est, ainsi que le bassinet, très-dilaté; une lésion organique analogue mais moins avancée existait dans le rein droit et ses dépendances. La vessie est considérablement rétractée, l'urètre très-sain. La plaie du réservoir urinaire est réduite à 1 centimètre de longueur: son angle supérieur se trouve à 15 millimètres plus bas que le péritoine. Je voulais, dit M. Vidal, faire la taille en plusieurs temps et aller jusqu'à la vessie par le caustique; je n'ai agi par ce dernier moyen que jusqu'aux muscles; le tissu cellulaire qui est entre la vessie et les parois abdominales a été divisé avec le bistouri; de sorte que cette opération n'ayant pas été soumise aux règles de la *taille en plusieurs temps*, l'insuccès ne peut compter ni pour ni contre cette opération. — Nous doutons que les praticiens qui liront cette observation soient d'accord avec M. Vidal sur la principale conclusion qu'il paraît vouloir en tirer: pour nous, qui ne saurions accepter sa manière de raisonner, nous croyons être dans le vrai en disant qu'une nouvelle méthode opératoire qui à sa première tentative échoue dans les mains de l'auteur lui-même, est très-sérieusement compromise; aussi engageons-nous M. Vidal, s'il désire avoir des imitateurs, à se hâter de prendre sa revanche. (*Ann. de la chirurg. franç. et étrang.*, juillet 1843.)

VOLVULUS (*De l'emploi du tabac en lavement dans le traitement du*). L'impuissance si souvent constatée de la thérapeutique dans le volvulus, affection grave qui épargne rarement ceux qui en sont atteints, nous a engagé à soumettre à nos lecteurs les faits suivants, parmi lesquels il en est un qui pourrait au besoin offrir un enseignement utile:

1° La femme Dubé, âgée de 35 ans, est prise de vomissements violents, peu de fièvre, peu d'altération: certain qu'il n'y avait ni gastrite, ni hernie étranglée, ni empoisonnement, le docteur Berruyer diagnostiqua le volvulus. Boissons acidulées, lavements purgatifs. Pendant trois jours même traitement, plus, des sangsues à l'épigastre; les vomissements continuèrent et augmentèrent tellement qu'aucun liquide ne pouvait être conservé une minute. Les 4e, 5e et 6e jours les matières fécales étaient rendues par la bouche. La malade s'épuisait et s'affaiblissait beaucoup. M. Berruyer fit faire une décoction de 32 grammes de tabac à fumer dans une pinte d'eau qu'il partagea en deux doses: une première fut donnée en lavement; la femme fut prise d'une sueur froide, de mouvements nerveux, enfin elle eut les symptômes d'un léger empoisonnement. Le lavement revint presque aussitôt, et avec lui quelque peu de matière fécale. La seconde dose fut administrée avec addition de 30 grammes de sulfate de soude, les selles partirent avec abondance. Le lendemain la femme Dubé se portait bien, elle se promenait dans son jardin, quoique encore un peu faible.

La deuxième observation est celle d'un nommé Bachelier, meunier à Chailly, âgé de 70 ans; le traitement de M. Berruyer fut le même, et la guérison le suivit. Même indication pour un troisième malade, sans plus de détails; ce que nous regrettons dans l'intérêt même des faits cités par l'auteur qui n'ignore pas sans doute qu'une méthode thérapeutique quelconque n'a de valeur réelle pour les esprits sérieux qu'autant qu'elle s'appuie non sur des citations insuffisantes et des faits tronqués, mais sur un exposé complet des caractères fondamentaux de la maladie, et des péripéties diverses qu'elle a présentées.

Un dernier fait, suivant M. Berruyer, mérite plus spécialement de fixer l'attention, en raison de la grossesse qui vint compliquer l'état morbide. Chez la femme Noullet, enceinte

de 7 mois, j'ai attendu un peu, continue M. Berruyer; mais les vomissements, au lieu de se calmer, devenant plus intenses et contenant même des matières stercorales, je me décidai à agir : 125 grammes de tabac en décoction furent administrés à diverses reprises, quelquefois avec addition de 30 grammes de sulfate de soude; les selles à la fin arrivèrent; mais deux jours après, l'auteur nous apprend que la femme fit une fausse-couche et qu'elle mourut. Ce dernier résultat n'est certes pas encourageant. Faut-il l'attribuer au médicament; est-ce la fausse-couche qui fit succomber cette malheureuse femme? les vomissements avaient-ils leur point de départ dans un état pathologique autre que celui que l'auteur a cru reconnaître? Il est fâcheux que nous manquions d'éléments pour résoudre ces questions importantes, et que M. Berruyer nous force, par l'insuffisance même de son travail, à ne lui accorder qu'une autorité très-restreinte. (*Ann. de la chir. franç. et étrang.*, juillet 1843.)

VARIÉTÉS.

M. Moreau de Jonnès, que sa position de chef de division de la Statistique du royaume met à même d'étudier les questions médicales dans lesquelles l'intervention de la statistique peut fournir des lumières, a fait connaître les résultats auxquels il est arrivé sur les causes de l'aliénation mentale par le dépouillement des observations fournies par sept années consécutives. Le premier fait intéressant qui en découle est relatif au nombre des aliénés en France, que plusieurs auteurs ont porté à un chiffre beaucoup plus élevé qu'il ne l'est heureusement : le nombre moyen pour sept années est de 10,111. Ce nombre doit se décomposer en deux parties, qui représentent les causes générales de l'aliénation mentale, ainsi groupées : causes physiques, 6,964; causes morales, 3,147.

Parmi les causes physiques, celle dont la puissance est la plus étendue est l'idiotisme, qui fournit 2,234 aliénés. Vient ensuite l'épilepsie qui en donne 1,137. L'ivrognerie enfante encore de nos jours un dixième des cas d'aliénation par cause physique. Au total, sur 10 aliénés de cette première catégorie, il y en a 6 à 7 dont les facultés mentales sont oblitérées par les vices naturels ou acquis de leur constitution; 1 est devenu fou par des causes accidentelles; 1 autre, par suite de maladies très-diverses, et le dernier, par libertinage ou par ivrognerie.

Les causes morales produisent un nombre d'aliénations moindre que les causes physiques de moitié et au delà. Les désordres de notre organisation, qui enfantent la démence, sont extrêmement nombreux, tandis que très-peu d'esprits sont trempés à ce point de porter les passions jusqu'à la folie.

Sur 10 aliénés dont l'état a pour origine des causes morales, 4 sont fous par l'effet de quelques-uns des chagrins dont la vie est semée ; 2 à 3 par un amour désappointé, jaloux ou frénétique; 1 à 2 par exaltation religieuse, et 2 par ambition ou par orgueil.

En examinant les causes physiques et morales de l'aliénation mentale, sans distinction de catégories, ajoute M. Moreau de Jonnès, on reconnaît avec certitude qu'il n'y en a aucune qui soit nouvelle ou récente, aucune qui appartienne en propre au temps et au pays où nous vivons. Toutes, au contraire, sont aussi vieilles que le monde, et peuvent être signalées, d'après les traditions bibliques, dans la première famille du genre humain. Or, comme des causes semblables produisent les mêmes effets, il est rationnel d'en conclure que la folie est, comme d'autres maux et d'autres infortunes, un triste apanage de l'homme, depuis son apparition sur la terre. La civilisation ne peut donc en être accusée; et, en effet, il ne faudrait pas des connaissances historiques bien étendues pour signaler l'existence de l'aliénation mentale à toutes les époques des annales de l'antiquité et des temps modernes, et dans toutes les phases de l'état social des peuples.

— M. le docteur Lejeune vient de signaler à l'attention des médecins praticiens la propriété éminemment contractile que possède l'*anisodus lucidus*, de Linck, plante originaire du Nepaul, et dont il conserve un pied dans son jardin. Suivant le dire de ce médecin, cette propriété serait de beaucoup supérieure à celle dont la belladone nous fournit l'exemple dans notre climat. En effet, elle dilate la pupille au point de produire une cécité momentanée, qui cesse aussitôt après la discontinuation du topique. Il reste à savoir si, prise à l'intérieur, cette plante a des effets analogues à ceux que déterminent les végétaux qui appartiennent à la familles des solanées.

— La mort vient d'enlever, à un âge non encore très-avancé, un des chirurgiens éminents des départements, M. le docteur Fleury, professeur de clinique chirurgicale à l'école préparatoire de Clermont, membre correspondant de l'Académie de médecine.

— Une source d'eau thermale vient d'être découverte d'une manière fort singulière, à Rébénacq, près Gars (Basses-Pyrénées). Des pêcheurs de truites éprouvaient, chaque fois qu'ils arrivaient à un certain point du lit du ruisseau, une sensation de chaleur, et ils avaient même pris l'habitude de venir y réchauffer leurs membres refroidis par les eaux des autres parties du ruisseau. En recherchant la cause de ce phénomène, on finit par découvrir qu'une source d'eau thermale existait dans le lit et sous les eaux du Néez, à trente pas de la route royale qui traverse le village.

— La Société de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse, a, dans sa séance publique du 14 mai dernier, décerné une médaille d'or à M. Payan, d'Aix, pour avoir le mieux traité la question qui avait été

proposée sur les avantages et les inconvénients des différents procédés usités dans le traitement des fractures. M. Dassier et M. Laforgue, médecins à Toulouse, ont obtenu chacun une médaille d'argent. M. Noguier, interne des hôpitaux de Toulouse, a reçu une mention honorable dans le même concours.

La Société propose pour sujets des prix à décerner en 1844, les questions suivantes :

1° Établir le rôle du système nerveux dans le développement et la marche des affections rhumatismales, et déduire de ces considérations, en s'appuyant sur les faits, les modifications que doit recevoir le traitement de ces maladies; 2° démontrer, par des expériences chimiques, la nature du principe actif contenu dans les huiles qui proviennent des semences des euphorbiacées cultivées ou croissant spontanément en France; indiquer les moyens d'isoler ce principe, et les avantages que peut en retirer la thérapeutique : chaque prix est de la valeur de 300 francs.

— M. le docteur Léon Rattier vient de recevoir du ministre de l'intérieur une mission scientifique importante. Il a été chargé de visiter les principales villes de l'Angleterre, de l'Allemagne et de l'Italie, et de rechercher, dans tous les grands centres de population, quels sont les moyens prophylactiques et curatifs employés contre les maladies vénériennes.

— L'Académie de médecine a désigné M. Pariset, la Faculté de médecine de Paris M. Royer-Collard, pour les représenter à l'inauguration de la statue de Bichat, qui doit avoir lieu à Bourg, le 24 août. La Société médicale d'émulation, fondée par Bichat, s'est fait représenter par M. H. Larrey, l'un de ses membres.

— Au moment de mettre sous presse, nous apprenons la triste nouvelle de la mort de notre respectable et si honorable ami et confrère, M. le docteur Chervin. Frappé il y a quelques mois d'une attaque d'apoplexie qui inspira de vives inquiétudes à ses amis, sa santé cependant s'était assez bien rétablie pour qu'il pût reprendre ses travaux. Il espérait et nous espérions avec lui que les eaux de Bourbonne, où il était allé passer la saison, le rétabliraient entièrement. Vain espoir! C'est à Bourbonne qu'une ancienne affection de cœur s'est réveillée avec violence et a emporté en quelques jours cet homme de bien, ce véritable philanthrope, qui consacra quarante ans de sa vie, toute sa fortune, toute son activité à l'étude des grandes questions sanitaires, dont il avait fait son unique occupation. Chervin laisse une mémoire honorée et respectée de tous; c'était un de ces caractères rares et complets qui commandent l'estime générale et la vive affection de ceux qui peuvent les connaître intimement. L'espace nous manque pour apprécier plus longuement et plus dignement la perte cruelle que nous venons de faire.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DE L'EMPLOI DU NITRATE DE POTASSE A HAUTE DOSE DANS LE TRAITEMENT DU RHUMATISME ARTICULAIRE.

Par M. Martin Solon.

(Suite.)

§ II. ***Rhumatismes articulaires simples traités par le nitrate de potasse, et dans le cours desquels des épistaxis sont survenues, ou des émissions sanguines ont été pratiquées.***

Les observations de thérapeutique ne peuvent avoir de valeur réelle que quand le médicament examiné a été prescrit seul. C'est la seule manière d'apprécier et de reconnaître son action propre, et de la distinguer de celle des autres agents avec lesquels il s'est trouvé accidentellement combiné. Ces considérations nous ont déterminé à ne point confondre avec les précédentes la catégorie de faits que nous allons examiner. Nous nous occuperons d'abord des épistaxis, puis ensuite des saignées artificielles.

Nous avons observé des épistaxis chez plusieurs autres malades; mais elles étaient de quelques gouttes, et par conséquent trop peu abondantes pour avoir de l'importance. La quantité de sang perdue plus considérable dans le cas que nous allons esquisser devait le faire mettre à part.

Obs. XVII. Potain, cuisinier, âgé de trente-six ans, d'une forte constitution, n'a jamais eu d'autre maladie qu'un rhumatisme articulaire aigu dont il a été traité en 1835 à l'Hôtel-Dieu. Six larges saignées, pratiquées en quatre jours, le mirent en état de retourner chez lui le dixième, mais il y resta trois mois convalescent. Repris de rhumatisme le 21 juillet 1840, il entre à Beaujon le 27 du même mois, le rhumatisme occupant les membres inférieurs seulement. Le nitrate de potasse est prescrit d'abord aux doses de 18 et de 30 grammes; des sueurs assez abondantes accompagnées d'eczema, et quelques garde-robes modérées ont lieu. Le rhumatisme se porte des articulations inférieures aux supérieures; le nitrate de potasse est élevé aux doses de 40 et 50 grammes. Des épistaxis de 2 et 3 onces se manifestent le 2 et le 3 août; elles diminuent la céphalalgie, facilitent le sommeil, mais agissent peu sur l'arthritis. Une exacerbation nouvelle se développe le 5 août; la dose du nitrate de potasse est portée le 7 à 60 grammes. L'affection s'amende le 11, quinzième jour de l'usage du nitrate de potasse, et vingt-deuxième de l'invasion de la maladie; les douleurs ne reparaissent plus, et l'on diminue graduellement l'usage du nitrate de potasse. Le pouls, qui donnait 100 battements au commencement du traitement, en avait encore 80 le 15; il était normal quand Potain sortit en très-bonne santé le 20 août.

Ce rhumatisme, traité par le nitrate de potasse, est celui dont la guérison s'est fait le plus longtemps attendre ; les épistaxis n'ont point évidemment favorisé sa marche. Voici un cas où une saignée n'a pas eu plus d'avantage.

Obs. XVIII. Brochard, domestique, âgé de vingt-cinq ans, d'une forte constitution, fréquemment affecté de douleurs aux épaules, est pris le 9 novembre 1840 d'un rhumatisme aigu qui envahit successivement les diverses articulations. Une saignée est pratiquée le 12 sans amélioration; le malade entre le 13 à Beaujon. Le nitrate de potasse est commencé le 14, cinquième jour de la maladie; on élève graduellement la dose du sel potassique de 30 à 60 grammes; des sueurs abondantes ont lieu, le canal intestinal tolère le médicament; l'amendement dans les symptômes se montre le 23 novembre, neuvième jour de l'administration du médicament. Une rechute a lieu le 1er décembre; le nitrate de potasse est repris de nouveau. Donné en solution et en pilules, ces dernières sont vomies, la solution est tolérée. Enfin, la guérison est complète le 10, et la sortie accordée le 12, Brochard mangeant le quart de la portion. Son pouls était tombé de 84 à 68 battements.

Nous sommes loin de penser que la saignée pratiquée au commencement de la maladie ait pu prédisposer le malade à la rechute ; mais nous ferons observer que l'émission sanguine n'a point empêché la première période de rhumatisme de durer neuf jours, et de dépasser la moyenne ordinaire du traitement par le nitrate de potasse. Voici des cas plus favorables.

Obs. XIX. Raulin, tapissier, âgé de dix-huit ans, d'une bonne constitution, est atteint d'arthritis le 23 juin 1841. On le saigne le 28, il entre à l'hôpital le 30. Les articulations sont moins douloureuses, et l'amélioration est annoncée par le nuage critique que l'urine donne après l'addition de l'acide nitrique. Expectation. Le 2 juillet, les jointures inférieures sont libres, mais les supérieures envahies; on donne le nitrate de potasse à la dose de 30 grammes; tolérance complète; amélioration et appétit le 4, guérison le 5, neuvième jour de l'invasion de la maladie, troisième jour de l'usage du nitrate de potasse. Sortie le 8. Le pouls était descendu de 96 à 60.

Obs. XX. Denis Thibaut, journalier, âgé de dix-neuf ans, d'une constitution athlétique, entre dans une salle de chirurgie le 9 juin 1840 pour une contusion qu'il a reçue à la jambe. On lui pratique une forte saignée. Le 12, une arthritis fébrile intense survient sous l'impression d'un refroidissement; la maladie augmente, on donne le 14 et les jours suivants le nitrate de potasse aux doses de 32, 48 et 60 grammes; des transpirations s'établissent; quelques garde-robes liquides peu abondantes ont lieu le 16 et le 17; le 20, huitième jour de l'invasion, sixième du traitement, convalescence. Sortie le 29 juin. Le pouls ne donnait que 60 battements; on en comptait 96 à l'entrée du malade.

La prompte application du nitrate de potasse au traitement de ce malade a dû avoir autant d'influence au moins sur sa guérison que la

saignée en quelque sorte préventive qu'on lui avait pratiquée. Voici quatre cas dans lesquels la saignée a été pratiquée après l'invasion du rhumatisme. Ses avantages ont été variés.

Obs. XXI. Mme B..., jeune femme d'une constitution peu forte, et récemment accouchée, est prise de rhumatisme articulaire pendant le mois de juin 1840. Une saignée est pratiquée sans amendement notable. Le lendemain, troisième jour de la maladie, nous commençons, avec mon honorable confrère M. le docteur Moret, l'usage du nitrate de potasse à la dose de 30 grammes dans trois litres de limonade; dès le troisième jour du traitement, la malade était convalescente.

Il nous eût été difficile, à cause de sa constitution et de sa famille, de pratiquer à cette dame plusieurs saignées.

Obs. XXII. Loliorel, terrassier, âgé de trente ans, d'une constitution moyenne, atteint plusieurs fois de rhumatisme, en est de nouveau affecté le 1er avril 1842. Il entre à l'hôpital Beaujon le 6. La plupart des articulations sont rhumatisées; le pouls est à 100. On pratique une saignée de douze onces (sang riche et couenneux), et l'on prescrit le nitrate de potasse à la dose de 20, puis de 30 grammes. Sueurs, point de garde-robes, urines denses (1034) peu abondantes, briquetées et très-acides; le 10, convalescence; épistaxis; cessation du nitrate de potasse, dixième jour de la maladie et quatrième du traitement; 14 avril, sortie; pouls normal.

La saignée a été incontestablement utile chez ces deux malades; mais elle le fut un peu moins au suivant, auquel on la pratiqua dans le double du traitement et de l'examen des modifications que le sang éprouve par le contact et l'action du nitrate de potasse absorbé; malheureusement la deuxième saignée, qui devait être comparée à la première, a été jetée. L'observation prise dans le service de mon excellent collègue, M. Renaudin, service dont j'étais momentanément chargé, a été recueillie par MM. Sicard et Contour, internes de l'hôpital.

Obs. XXIII. Demousseau, âgé de vingt-sept ans, marchand de volailles, d'une forte constitution, n'a point eu d'arthritis, mais avait éprouvé, vers la fin de septembre 1842, des douleurs sciatiques très-vives auxquelles succédèrent, le 27 de ce mois, des douleurs articulaires qui s'aggravèrent chaque jour, et décidèrent le malade à entrer à l'hôpital Beaujon, s'étant contenté de prendre quelques bains.

1er octobre, rhumatisme intense des articulations scapulo-humérales, radio-cubitales, fémoro-tibiales et tibio-tarsiennes; 100 pulsations larges et dures. — Saignée de quatre palettes et demie; 30 grammes de nitrate de potasse pour trois litres d'infusion pectorale; diète.

2, sang riche, caillot couvert d'une couenne épaisse et consistante; pas de selles, pas d'urine surabondante, pas de sueur; même état des articulations. — Continuation du nitrate potassique.

3, tolérance du nitrate de potasse; 100 pulsations; amélioration de l'état des articulations tibio-tarsiennes. Les genoux et les coudes sont plus doulou-

reux, le rhumatisme a envahi les poignets. — 36 grammes de nitrate de potasse; un bouillon.

4, tolérance; légère diminution de la fréquence du pouls; genoux et cou-de-pieds mieux, augmentation des douleurs des poignets. Même traitement.

5, tolérance; amélioration; 80 pulsations.

6, plusieurs selles liquides; 76 pulsations; les articulations du bras gauche seules sont encore un peu douloureuses. On fait pratiquer une saignée de 150 grammes pour la comparer avec la première. — 24 grammes de nitrate de potasse; potages.

7, point de diarrhée; convalescence. On a jeté le sang malgré nos expresses recommandations.

8, état satisfaisant; 60 pulsations; cessation du nitrate de potasse; demi-quart.

9, 10 et 11, état satisfaisant de l'appétit et des mouvements articulaires.

13 et 14, quelques douleurs dans les hanches. — 20 grammes de nitrate de potasse; le quart.

16, Demousseau sort parfaitement guéri.

Si l'on compare cette observation avec celles des catégories précédentes on verra que la saignée n'a pas eu d'influence bien notable sur la marche de la maladie, puisque celle-ci est seulement arrivée à la convalescence le onzième jour de l'invasion et le huitième du traitement. Le nitrate de potasse employé seul a souvent été plus avantageux. Les ventouses ont eu de l'utilité dans le cas suivant, qui était compliqué d'endo-péricardite.

Obs. XXIV. James (Alphonse), garçon marchand de vin, âgé de dix-sept ans, d'une constitution lympathique, plusieurs fois atteint de douleurs légères et rhumatismales des membres inférieurs, éprouve le 30 novembre 1842 des douleurs aiguës, qui envahissent successivement les diverses articulations. Une saignée du bras est pratiquée le 2 décembre, des sangsues appliquées les jours suivants aux pieds et aux poignets; il n'y a point d'amendement; le malade est apporté le 5 à l'hôpital Beaujon, salle Laennec.

6 décembre, la plupart des articulations supérieures et inférieures sont fortement rhumatisées, douleur et voussure de la région précordiale, bruit de souffle au premier temps. Décubitus impossible sur le côté droit, assez facile quand le malade s'incline un peu sur le gauche, mais se faisant avec moins de gène et de douleur sur le dos; 100 pulsations.—Six ventouses sur la région du cœur; elles donnent plus de 160 grammes de sang. Le 7, point d'amélioration; 112 pulsations; 30 grammes de nitrate de potasse pour trois litres de tisane. Le lendemain, un peu de moiteur, urines plus abondantes, douleurs moindres; 100 pulsations. 9, douleurs moindres, épanchements des genoux diminués; même état du cœur, 96 pulsations. 10, l'amélioration augmente, bruit de frottement précordial accompagné d'un peu de douleur, 72 pulsations; quatre ventouses. 11, état satisfaisant; 10 grammes de nitrate de potasse. Cessation du traitement le 12. Le décubitus se fait sur les deux côtés le 14. Un reste de sentiment d'embarras dans la région précordiale détermine l'application d'un vésicatoire volant le 17. James sort parfaitement guéri le 20 décembre. Sa convalescence avait commencé le treizième jour de sa maladie, et le cinquième de l'usage du nitrate de potasse, aidée sans

doute de l'action des ventouses appliquées sur la région précordiale, mais fort peu favorisée par les saignées antérieures.

Les huit malades qui occupent cette catégorie ont pris de 24 à 60 grammes de nitrate de potasse le 7e jour 1/4, terme moyen, de l'invasion de la maladie, pour guérir le 7e, nombre moyen des jours qu'ils ont fait usage du sel potassique. Ce résultat général n'a rien que d'ordinaire. Mais si l'on examine les faits qui le donnent, on verra qu'il n'en peut surgir qu'une idée imparfaite du traitement mixte du rhumatisme par la saignée et le nitrate de potasse : la proportion, pour être bien établie, aurait besoin d'avoir pour éléments des faits plus comparables et plus nombreux. Les observations XXI et XXII appréciées séparément, donneraient en effet le jugement le plus favorable de ce mode de traitement. Nous reviendrons sur ce sujet.

§ III. *Emploi du nitrate de potasse dans le rhumatisme articulaire aigu compliqué.*

Si l'on ne peut admettre, avec Galien, qu'une cause spéciale, non démontrée, voyage sous le nom de ῥεῦμα (voyez le mot FLUXION du *Dict. de méd. et de chir. prat.*), pour produire les rhumatismes et les catarrhes, on ne peut nier du moins que l'influence sous laquelle l'arthritis se développe ne prédispose également plusieurs tissus à l'inflammation, et n'imprime assez profondément son cachet sur l'économie, pour rendre facile le retour des accidents. Il est aisé, sans invoquer l'existence de cet inconnu, de se rendre compte des phlegmasies qui envahissent successivement les diverses articulations dans l'arthritis aiguë. Cet envahissement des membranes synoviales dépend, soit de leur identité de tissu, ce qui est commun aux systèmes fibreux, séreux, muqueux, etc., soit de ce qu'elles ont été simultanément impressionnées par la même influence, soit de ce que la cause morbide commune trouve chez certains individus une prédisposition organique à l'arthritis, comme chez d'autres elle rencontre une prédisposition à la pleuro-pneumonie, etc. Cette manière de voir peut s'accommoder parfaitement avec les constitutions médicales et les épidémies. Au reste, ce n'est point ici le lieu de nous occuper de cette grave question de pathologie générale. Disons seulement que, dans le rhumatisme, la modification inflammatoire s'étend quelquefois en même temps à divers tissus. Nous l'avons déjà vue gagner les membranes du cœur, fait habilement observé par M. Bouillaud; nous la verrons envahir d'autres systèmes de l'économie, et marcher avec l'inflammation de plusieurs organes dans les observations que nous allons rapidement esquisser, pour restreindre le plus possible ce travail.

Obs. XXV. *Rhumatisme et diarrhée.* — La femme Narac, prise de rhumatisme articulaire aigu le 20 juin 1843, entre à Beaujon le 1er juillet, ayant en outre la langue saburrale, le ventre faiblement sensible à la pression ombilicale, des selles séro-muqueuses abondantes, sans ténesme et sans symptômes de dyssenterie. Nous ajoutons 30 grammes de sirop de pavot blanc aux 30 grammes de nitrate de potasse dissous dans trois litres d'infusion pectorale. La diarrhée et le rhumatisme sont en voie de guérison le 10 juillet, lorsqu'une rougeole se développe et fait suspendre le traitement.

Quand du dévoiement existe ou survient chez les malades soumis, dans le rhumatisme, à l'usage du nitrate de potasse, nous ajoutons du sirop de pavot blanc à la tisane, et la tolérance s'établit.

Obs. XXVI. *Rhumatisme et pleuro-pneumonie.* — Un allemand, cordonnier, âgé de trente ans, d'une constitution nerveuse et lymphatique, atteint le 31 janvier 1841 de pleuro-pneumonie gauche et de rhumatisme articulaire aigu d'une médiocre intensité, entre à l'hôpital Beaujon le 4 février. Anxiété, 42 respirations, 84 pulsations.—Saignée, ventouses. La saignée est répétée le 5, sang riche et couenneux. Le 6, amélioration notable de la pleuro-pneumonie, articulations des épaules très-douloureuses et tuméfiées; 108 pulsations, l'urine (1032 de densité) donne de très-beaux cristaux de nitrate d'urée par l'addition d'un excès d'acide nitrique; 30 grammes de nitrate de potasse pour deux litres d'infusion pectorale; 3 ventouses à la base du côté gauche. 7, nuage critique, formé par l'addition de quelques gouttes d'acide nitrique dans l'urine; amélioration de la pleuro-pneumonie, persistance des douleurs rhumatismales; continuation du nitrate de potasse à la dose de 15 grammes, la malade ne pouvant prendre qu'un litre de tisane. 11, articulations libres; 72 pulsations. 12, nouveau nuage critique. 14, quelques douleurs aux fausses côtes gauches; 84 pulsations; ventouses. 15, anxiété nerveuse, cessation du nitrate de potasse; soupes; potion avec liqueur d'Hoffmann. 18, état satisfaisant. 22, pouls normal; le quart; convalescence établie.

La saignée, qui a eu tant d'influence pour guérir la pleuropneumonie de ce malade, n'a pas sensiblement diminué l'arthritis. Le nitrate de potasse, même à petite dose, a été plus efficace.

Voici un fait curieux dans lequel la pleuro-pneumonie s'est développée, quand, depuis plusieurs jours, le rhumatisme articulaire, traité par le nitrate de potasse, était entièrement guéri. La phlegmasie thoracique a cédé à l'usage du tartre stibié à haute dose.

Obs. XXVII. *Rhumatisme, puis pleuro-pneumonie.* — Bontet, maçon, d'une forte constitution, est pris, le 14 décembre 1840, d'un rhumatisme articulaire aigu, qui acquiert une grande intensité; pouls à 96. Le nitrate de potasse, commencé à la dose de 40 grammes le 18 décembre, est graduellement porté à 60. Sueurs abondantes; garde-robes normales et guérison de l'arthritis le 25; 72 pulsations; nitrate de potasse 30 grammes. Le pouls descend à 60 battements. 30 déc., refroidissement pendant la nuit, développement d'une pleuro-pneumonie gauche des plus intenses. Souffle tubaire, crachats safranés; pouls 104. Potion stibiée à la dose de 30, puis 40 centigrammes. Amélioration graduelle des symptômes; convalescence le 5 janvier. Sorti le 24.

Le nitrate de potasse n'a pas préservé ce convalescent de rhumatisme, du développement d'une pleuro-pneumonie, de même qu'il n'a pas empêché les malades suivants de contracter d'autres phlegmasies pendant le traitement de l'arthritis; aussi constaterons-nous la nécessité de la saignée dans plusieurs cas dont nous allons faire l'exposition succincte.

Obs. XXVIII. *Rhumatisme, endocardite, puis méningite.* — Le malade dont il s'agit, et dont on peut lire l'observation à la page 54 de ce volume, était arrivé au douzième jour de son affection rhumatismale, huitième de l'usage du nitrate de potasse, et il entrait en convalescence, quand une méningite se développa. Fallait-il continuer le nitrate de potasse? nous avons pensé le contraire; et le résultat du traitement a justifié l'usage des émissions sanguines. Il est fâcheux que dans le cas suivant on ait, contre notre volonté formelle, négligé d'y avoir recours.

Obs. XXIX. *Rhumatisme aigu et double sciatique, puis méningite suivie de mort.* Lansquenet, âgée de vingt-sept ans, couchée à la salle Sainte-Thérèse, pour une double sciatique et un rhumatisme aigu des cou-de-pieds, des genoux et des épaules, suite de refroidissement, est mise à l'usage du nitrate de potasse à la dose de 30 grammes le 5 juin, huitième jour de la maladie. L'arthritis s'amende vers le 10 juin, la sciatique persiste; embrocations laudanisées. Diminution des douleurs. Le lendemain la fièvre est diminuée d'intensité, mais la malade se plaint d'une vive céphalalgie, la nuit a été agitée de délire, les facultés ont repris leur netteté. Je recommande de pratiquer une saignée le soir au moment du redoublement fébrile et si le délire devient imminent. Les accidents cérébraux ont lieu le soir, on met des sinapismes et la camisole de force à huit heures, et l'on néglige d'avertir l'élève de garde. A onze heures le délire devient furieux, on a la coupable négligence de ne point s'occuper de la malade, placée dans une salle reculée du centre du service. Nous la trouvons le lendemain 12 sans connaissance; le visage injecté, violet; le pouls assez dur. Une saignée est pratiquée; mais la malade expire peu de temps après la visite. On trouve à l'autopsie une injection vive de la pie-mère, accompagnée d'infiltration séreuse, l'arachnoïde opaline dans quelques points, et un épanchement notable dans les ventricules latéraux.

Ces lésions cérébrales sont suffisantes pour expliquer la mort rapide de la malade. Ne sait-on pas en effet que la gravité des altérations cérébrales aiguës et chroniques dépend plutôt de leur rapidité que de leur étendue et de leur intensité?

Obs. XXX. Rhumatisme articulaire aigu et myélite. — Cette malade, dont l'observation est rapportée dans le numéro du 28 juillet 1843 de la *Gazette des hôpitaux*, était au septième jour de sa double affection, et au deuxième seulement de l'emploi du nitrate de potasse

quand on en cessa l'usage, qui ne paraissait pas favorable, pour essayer l'opium à haute dose. Plus tard enfin on fit sur la région spinale l'application de ventouses qui donnèrent 350 grammes de sang. L'affection rhumatismale céda ; mais la myélite passa à l'état chronique, et la paralysie des membres supérieurs et inférieurs ne se dissippa qu'incomplétement et avec lenteur par l'emploi des marteaux de Mayor, de l'électricité, etc., etc. Nous croyons que dans ce cas mixte, la saignée eût été préférable dès le début si le diagnostic eût été plus facile. La saignée en effet, qui convenait en même temps à l'inflammation de la moelle épinière et au rhumatisme, aurait attaqué plus opportunément la première affection ; la suite aurait appris s'il y avait nécessité de recourir au nitrate de potasse.

Congestions sanguines et accidents nerveux. — Les effets toxiques du nitrate de potasse, indiqués par Souville, MM. Orfila, Devergie, etc., ont occasionné, à la dose de 30 à 60 grammes, de la cardialgie, des vomissements, des évacuations alvines, des douleurs vives dans le ventre, des syncopes, un affaiblissement du pouls, le froid des extrémités, etc., etc. Il est vrai que dans les cas rapportés par ces auteurs, le sel avait été donné concentré, et qu'il n'agit pas avec cette énergie quand on l'administre étendu, ainsi que l'avait déjà remarqué M. Devilliers. La solution de 10 à 15 grammes dans un litre d'infusion ne pouvait donc produire aucun accident. Les observations précédentes le démontrent. Cependant, d'après les expériences récentes de MM. Mojon et Rognetta, d'après les opinions des contre-stimulistes italiens, la solution à la dose que nous employons serait mortelle pour les lapins en les hyposthénisant, puisque 3 grammes de nitrate de potasse dissous dans 100 grammes d'eau les foudroient en peu de temps, disent les expérimentateurs que nous venons de citer. Il faut en conclure alors, ce qui est déjà bien connu, que le volume et la variété des espèces animales rend souvent différente l'action des substances vénéneuses. Nous ne croyons pas en effet devoir rattacher à un effet toxique les symptômes cérébraux, soit congestifs, soit nerveux, que nous avons observés sur les trois malades suivants.

Obs. XXXI. *Rhumatisme articulaire aigu, puis congestion cérébrale.* — Bernier, maçon, âgé de dix-neuf ans, d'une bonne constitution et d'un tempérament sanguin, est atteint le 7 novembre 1840 d'un rhumatisme qui devient général et affecte même les articulations vertébrales. Le nitrate de potasse est commencé le 11 à la dose de 20 grammes, et graduellement élevé à 50. Sueurs abondantes et dévoiement dû autant à un état saburral qu'à l'action du nitrate de potasse. Le pouls de 112 tombe lentement à 96. C'est seulement le 22 novembre qu'il devient normal et que la convalescence est confirmée. Le nitrate de potasse est cessé le 24, le pouls n'en continue

pas moins à baisser chaque jour, bien que Bernier se trouve dans un état satisfaisant. Le 1er décembre, assoupissement; 48 pulsations; le malade ne prenait point de nitrate de potasse. Il attribue son mal de tête à la négligeance qu'il a eue, contre son habitude, de se faire saigner au printemps dernier. Ventouses derrière les oreilles, donnant 240 grammes de sang assez riche et non couenneux; pédiluves chauds; amélioration; urine chargée d'un excès d'urée le 14 décembre; le pouls revient à 56 les jours suivants, et Bernier a repris sa santé ordinaire le 25 décembre.

On pourra dire que le traitement par la saignée aurait épargné à ce malade la congestion céphalique, d'ailleurs nullement inquiétante, qu'il a éprouvée : cela est probable ; mais nous ne croyons pas que les émissions sanguines eussent fait terminer son rhumatisme, très-intense, en moins de douze jours.

Obs. XXXII. *Rhumatisme aigu, ictère, puis délire apyrétique.* — Dérouineau, tailleur, âgé de seize ans, d'une constitution lymphatico-nerveuse, est pris, vers le 15 mai 1840, de douleurs rhumatismales qui l'obligent, par leur aggravation successive, à entrer à l'hôpital Beaujon le 1er juin. Plusieurs articulations sont rhumatisées; les conjonctives sont jaunes, la peau généralement ictérique, l'épigastre indolent, la région hépatique à peine sensible à la percussion; le pouls d'une moyenne consistance donne 96 battements. Le nitrate de potasse, commencé à la dose de 16 grammes, est successivement élevé à 48. Il est toléré; deux garde-robes bilieuses le 7 seulement. Le rhumatisme est terminé le 10, l'ictère le 12, et le nitrate de potasse prescrit à doses décroissantes. Le pouls était à 68 le 14, lorsque vers quatre heures de l'après-midi, jusqu'à quatre heures du lendemain matin, étant sans fièvre, le malade se lève, et fait, comme il le dit le lendemain, des folies qui excitent le rire de ses voisins. Tous les organes étaient indolents, l'urine prenait encore une teinte légèrement verdâtre ou bilieuse par l'addition de l'acide nitrique. Cet incident ne se renouvelle point les jours suivants, et le malade ne présente plus à noter qu'une très-faible recrudescence rhumatismale les 11, 12 et 13 juillet, recrudescence qui se dissipe promptement à l'aide de quelques doses de nitrate de potasse, et n'empêche pas Dérouineau de partir pour son pays le 17 juillet, se trouvant dans un état satisfaisant.

Le symptômes nerveux ont été beaucoup plus longs et plus intenses chez les malade dont il nous reste à rapporter l'observation.

Obs. XXXIII. Small, âgé de trente-deux ans, mécanicien chez un dentiste, Anglais d'origine, d'une constitution sèche, autrefois atteint de rhumatisme et d'un état nerveux grave, est pris le 28 octobre 1840, d'une arthritis générale intense, contre laquelle on pratique une saignée et l'on prescrit un purgatif. Le malade n'éprouvant pas de soulagement, entre à l'hôpital Beaujou. Le pouls est à 96; le facies est celui d'un homme atteint de *spleen*. On commence le nitrate de potasse le 4 novembre à la dose de 15 grammes, et on l'élève successivement à 60. Le 8, amélioration des douleurs, pouls toujours à 96, mais vibrant et nerveux. 9, augmentation des douleurs rhumatismales, le malade s'en chagrine outre mesure. Le rhumatisme s'améliore, mais l'état nerveux augmente d'intensité. Pouls vibrant, 104; facies profondément triste,

idées des plus sinistres, présage et désir ardent de la mort, pleurs et gémissements. Évidemment cet état ne tenait pas à une méningite. Sa gravité augmentait encore par la position du malade, qui se trouvait soigné par un médecin qui parlait mal l'anglais, et ne pouvait lui donner les encouragements et les consolations nécessaires. Le docteur Burnet, Anglais d'origine, assista heureusement aux visites pendant quelques jours, causa avec Small, et nous apprit que dans un rhumatisme antérieur, douze ans auparavant, à Rochester, cet homme avait eu des accidents nerveux pareils. Il était évident que le nitrate de potasse n'était pour rien dans la production de l'épiphénomène. Continuation du nitrate de potasse et prescription de pilules composées d'assa-fœtida, de musc et de camphre. Amendement des symptômes nerveux le 22 novembre seulement. Le rhumatisme était en voie de guérison depuis le 12. Quelques douleurs faibles et vagues parcoururent encore plusieurs articulations, de nombreux furoncles envahirent diverses parties du corps et retardèrent la sortie du malade jusqu'à la fin de décembre.

Ce ne sera qu'approximativement que nous pourrons établir les résultats moyens de cette catégorie. Elle se compose bien, comme les précédentes, de rhumatisants ; mais il y a eu chez tous des complications variées qui ont modifié l'emploi du nitrate de potasse ou l'affection rhumatismale elle-même. Ainsi chez Nérac le traitement a été interrompu par la rougeole, et les douleurs rhumatismales se sont prolongées longtemps. Chez la malade de la salle Sainte-Thérèse, le rhumatisme approchait de la convalescence quand la méningite mortelle est survenue ; la maladie articulaire aurait peut-être reparu sans la terminaison fatale de la méningite. Chez Small, l'affection nerveuse entraîna quelques négligences dans le traitement du rhumatisme, et celui-ci fut suivi de quelques douleurs arthralgiques qui n'ont eu lieu que très-rarement après la convalescence des autres sujets.

Néanmoins nous pouvons établir *en moyenne* que pour ces neuf malades qui ont pris de hautes doses de nitrate de potasse, le traitement, commencé le huitième jour de l'invasion rhumatismale, a été suivi de convalescence le septième jour et demi.

Martin Solon.

(*La suite au prochain numéro.*)

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LA MENTAGRE ET SUR SON TRAITEMENT,

par M. Émery, médecin de l'hôpital Saint-Louis, etc.

En publiant mes recherches sur les maladies de la peau, dans le *Bulletin de Thérapeutique,* je me suis proposé pour but d'éclaircir par des faits consciencieusement observés le diagnostic et le traitement des

maladies qui se présentent le plus souvent dans la pratique; celles-là, en effet, demandent à être bien connues, et le traitement qui leur convient doit être établi sur de nombreuses observations. Depuis nombre d'années je m'occupe, à Saint-Louis, de simplifier le plus possible les médications qu'on oppose communément aux maladies dartreuses. J'ai déjà publié mes travaux sur les psoriasis, les eczémas, les favus ou porrigo favosa, la gale, etc.; je vais examiner, dans cet article, la mentagre ou *varus mentagra* d'Alibert, ou sycosis de Batteman et de Willan.

La mentagre, dont Pline fait mention, qui se montra, dit-on, pour la première fois à Rome, et qu'on nommait ainsi *quoniam à mento ferè oriebatur*, est une affection de nature pustuleuse qui se présente dans la pratique sous des états bien divers. Tantôt, en effet, ce sont des espèces de croûtes sèches, fixées sous la lèvre supérieure, qui recouvrent une portion de peau tuméfiée; d'autres fois, au contraire, le pourtour, le dessous des lèvres et tout le menton, sont envahis par des saillies tuberculeuses, au sommet ou dans l'intervalle desquelles on aperçoit des pustules acuminées d'un blanc jaune à leur pointe, dont la base est dure, semblant quelquefois naître du milieu du bulbe des poils, et d'autres fois à côté de ces bulbes, accompagnées, quand elles existent depuis quelque temps, de plaques dépourvues de barbe.

L'aspect que présentent certains mentagreux est repoussant, toute la peau du bas du visage est boursouflée, pleine de tubercules, recouverte d'une suppuration gluante, au milieu de laquelle s'élève une barbe épaisse que la maladie ne permet d'enlever que difficilement.

Bien que cette affection débute quelquefois avec une certaine intensité, et qu'une grande partie du visage soit atteinte en même temps, comme je l'ai vu sur un forgeron de vingt-sept ans, qui, après un travail forcé de quelques jours, où il avait constamment eu le visage exposé à une chaleur intense, se lava, sans y prendre garde, dans une eau malpropre, et fut saisi, du soir au lendemain, d'un gonflement rouge très-douloureux de la peau du bas du visage, qui ne tarda pas à se couvrir de tubercules et de pustules à base dure, d'un blanc jaunâtre à leur sommet, qui mirent près de huit jours avant d'arriver en maturité, et que je fus obligé de combattre par un traitement antiphlogistique énergique. Le plus ordinairement, cependant, la mentagre commence par quelques pustules isolées qui paraissent sur une partie rouge et tuméfiée dont la base est dure, entrant en suppuration du troisième au quatrième jour, mais n'arrivant à maturité complète qu'au bout de sept à huit, et ne laissant écouler, quand elles percent, qu'un liquide qui n'est pas en rapport avec la grosseur qu'elles présentent. Il est épais et peu abon-

dant. Les croûtes qui se forment à la suite de cette exsudation sont tenaces et ne tombent que vers le quinzième jour pour faire bientôt place à d'autres pustules plus nombreuses, dont plusieurs sont traversées à leur base par un poil. Souvent il s'en développe d'autres avant que les premières soient arrivées à leur maturité, et il n'est pas rare de voir en même temps, sur le même sujet, des points enflammés, des pustules commençantes, d'autres à l'état complet de maturité; avec cela des croûtes à moitié sèches, d'autres se détachant, entremêlées avec des tubercules, et laissant apercevoir çà et là des espaces où la barbe manque complétement.

Enfin quand la maladie a eu une longue durée, dans beaucoup d'endroits vous rencontrez des saillies couvertes de squammes minces, au-dessous desquelles une croûte peu épaisse est appliquée sur un tissu durci, percé de petites ouvertures. La lèvre supérieure offre, dans les sycosis ou mentagres chroniques, un aspect particulier; une croûte noire se trouve en partie seulement recouverte par une squamme blanche; elle enveloppe la base des narines et bouche leur ouverture. Dans cette maladie les glandes sébacées, le système pilifère, la peau et le tissu cellulaire sous-jacent sont malades; et cependant, bien qu'elle ait fréquemment une longue durée, il est extrêmement rare de la voir se terminer d'une manière fâcheuse. On a bien rarement l'occasion d'examiner la peau d'un malade ayant succombé en portant des pustules de mentagre. Deux fois seulement j'ai pu disséquer des tubercules et des pustules. Une première, sur un mendiant âgé de soixante-neuf ans, qui succomba après avoir bu un litre d'eau-de-vie. J'examinai sur lui les pustules sous toutes les formes, et beaucoup de tubercules; les pustules au premier degré n'offraient qu'une cavité étroite, dure sur les bords, et dont le sommet seul était plein d'une goutte de pus jaunâtre; les pustules à maturité complète avaient leur sommet desséché, et le milieu de la cavité, jusqu'au derme, rempli d'un pus jaune; au-dessous, le tissu de la peau présentait un aspect rouge remarquable par sa densité. La rougeur allait en s'éteignant à mesure qu'on avançait en profondeur. Les tubercules étaient denses, pleins, et résistaient au scalpel. Je ne trouvai dans aucun d'eux le pus que M. Plumbe prétend qu'on y rencontre. Chez le deuxième sujet, qui était mort d'une attaque d'apoplexie foudroyante, à l'âge de cinquante ans, en sortant de manger, je fus dans le cas de me confirmer dans l'opinion où j'étais sur la nature des tubercules. Cette manière de voir, je la partageais avec Alibert et Biett, à qui je communiquai les deux pièces anatomiques. Mon honorable confrère et ami, le docteur Cazenave, mon collègue aujourd'hui à Saint-Louis, a émis la même pensée dans son Traité des maladies de la peau.

Un investigateur habile, M. Grouby, a examiné au microscope les squammes et les croûtes des pustules d'un certain nombre de *mentagreux*. Chez quelques individus, sur des squammes, il a rencontré de véritables fongus et des sporules; et chez d'autres il n'a rien vu de semblable. De telle sorte qu'il est porté à conclure qu'il y a deux espèces de mentagres. Voici ce que j'ai observé. Les croûtes qui succèdent aux pustules de la mentagre aiguë ou chronique ne m'ont jamais offert de sporules en les examinant avec des lentilles qui grossissent de trois à quatre cents fois l'objet. Il n'en a pas été de même des squammes qui recouvrent les mentagres chroniques; j'ai vu ou cru y voir de véritables fongus avec leurs sporules. Je ne pense pas néanmoins que ces fongus soient la cause de la mentagre; et je n'en conclurai pas qu'il y a deux espèces de sycosis, puisqu'un traitement identique guérit les diverses mentagres. Des lotions capables de détruire tous les fongus ne suffisent pas pour guérir la mentagre, et tant que le tissu reste rouge et dur, la maladie chronique persiste ou est sujette à revenir. De même que la chute et la disparition des croûtes, dans le *porrigo favosa*, par l'application de caustiques, n'amène pas la guérison de la maladie; il faut encore, comme dans la mentagre chronique, l'emploi de modificateurs qui puissent guérir complétement le mal en faisant disparaître la rougeur et l'engorgement des tissus.

Le sycosis ou mieux la mentagre peut se présenter, comme on le voit, sous des aspects bien différents : tantôt maladie légère et récente, elle cède en quelques jours à des boissons délayantes, des cataplasmes et des lotions émollientes. Très-intense dans d'autres cas, elle exige un traitement énergique; enfin, dans quelques circonstances elle persiste, soit qu'elle ait été exaspérée par un traitement peu convenable, soit que le malade ne s'en soit pas occupé, ou soit enfin qu'elle atteigne des individus dans des circonstances de santé plus ou moins fâcheuses.

C'est en général chez les hommes d'un certain âge qu'on l'observe le plus fréquemment. Les hommes d'un âge mûr, et même les adolescents, peuvent aussi en être atteints, de même que les femmes qui arrivent à leur époque critique, mais on ne la voit pas sévir chez les enfants; certaines professions y prédisposent. Les serruriers, les fondeurs de fer et de cuivre, les perruquiers et les cochers m'ont donné 37 mentagres, sur 42 que j'ai observées dans l'espace de deux années. Depuis j'ai moins tenu compte de ces causes, néanmoins j'ai encore eu à traiter 4 palefreniers, 2 cochers, 32 ouvriers travaillant à la forge, 12 perruquiers, 4 épiciers et trente autres cas sur d'autres individus exerçant des professions que je n'ai pas notées. Sur six femmes j'ai observé des sycosis de la lèvre inférieure, et sur deux des sycosis de la lèvre supé-

rieure. Toutes étaient à leur époque critique. Trois d'entre elles travaillaient à carder des matelas; deux étaient chiffonnières, et trois étaient occupées dans des filatures de coton.

Lorsque Pline observa la mentagre qui attaquait les chevaliers romains, on pensait, assez généralement, que cette maladie se communiquait par contagion; cela fit même cesser momentanément la coutume qu'ils avaient de s'embrasser en se rencontrant. L'usage des longues barbes ayant aussi été regardé comme une des causes déterminantes, fut aboli. Depuis, un certain nombre de médecins ont conservé l'opinion de la contagion de la mentagre. M. Foville a même vu plusieurs aliénés être atteints de la mentagre pour s'être servis du même rasoir pour se faire la barbe. J'ai eu quatre malades dans mes salles à Saint-Louis, qui m'ont affirmé que leur maladie ne reconnaissait pas d'autres causes. Sur trois, j'ai pu vérifier que cette prétendue cause n'existait pas; que le même rasoir avait servi à plusieurs autres personnes sans produire aucune éruption, et enfin qu'avant d'être rasés par l'instrument incriminé, ils avaient déjà eu quelques pustules, et que leur maladie s'était augmentée sous l'influence de l'irritation provoquée par l'opération elle-même. J'ai essayé plus de quarante fois d'inoculer la mentagre sans pouvoir y réussir, soit en inoculant le pus provenant des pustules, soit en me servant du simple contact du linge, ou d'instruments qui avaient auparavant touché des *mentagreux*. Mon opinion bien arrêtée n'est pas favorable à la contagion.

Certaines causes internes influent d'une manière assez évidente sur le développement du varus mentagra. J'ai déjà cité la menstruation chez les femmes. J'ajouterai les affections chroniques du foie et des organes digestifs, un état cachectique amené par la misère ou la débauche, et enfin certaines dispositions cachées qu'il est souvent bien difficile de saisir. On peut confondre la mentagre avec l'impetigo-figurata, les pustules d'ecthyma, et surtout avec les pustules syphilitiques et les tubercules qui les accompagnent. La première de ces maladies existe surtout chez les jeunes gens, et les pustules sont aplaties, recouvertes dans toute leur étendue et au delà par des croûtes d'un jaune de miel, et jamais on ne voit de tubercules autour; de plus, il est très-rare qu'il n'y ait pas sur différents points des pustules isolées d'impetigo, qui ne permettent pas d'ignorer qu'on a sous les yeux cette maladie. Les pustules d'ecthyma ont une base large entourée d'un cercle enflammé. Le pus est abondant et la pustule qui le contient est déprimée au centre; ici encore les tubercules manquent et les croûtes ont un cachet particulier.

Les syphilides ulcéreuses et tuberculeuses sont plus difficiles à diagnostiquer. Cependant l'existence de semblables affections dans d'autres

parties du corps, la teinte cuivrée et violacée qu'elles présentent, la connaissance de la cause du mal, sont des signes qui servent à éclairer les médecins qui n'ont pas une grande habitude de ces sortes de diagnostic.

Il ne faut pas se le dissimuler, l'erreur est facile à commettre et j'en ai vu plus d'un exemple.

Il faut toujours se rappeler que dans une mentagre intense les pustules sont acuminées, que toujours plusieurs d'entre elles sont traversées par un poil de la barbe, que pour peu que la maladie ait duré un certain temps, il est quelques endroits où le poil a disparu ; enfin que les tubercules sont enflammés et douloureux, ce qui n'a pas lieu pour ceux de nature syphilitique. Cependant quand on leur a déjà fait subir un traitement antiphlogistique, ils perdent ce caractère, prennent une teinte d'un rouge violet, qui peut fort bien induire en erreur. Il est bon de se souvenir que les tubercules et les taches qui portent cette couleur n'offrent aucune dépression comme on en voit dans les syphilides.

Cette maladie qui persiste longtemps, qui est parfois d'un aspect si repoussant et qui désole les malheureux qui en sont atteints, n'est pas une affection grave ainsi que je l'ai déjà dit, et bien que dans certains cas elle accompagne un état général assez sérieux, je ne l'ai jamais vue avoir des suites funestes par elle-même. J'ai cependant soigné plus de cent cinquante mentagres et, parmi elles, beaucoup étaient extrêmement intenses.

Le traitement de cette affection est bien souvent confié à des empiriques qui ne font que l'exaspérer, et c'est après cela qu'elle arrive aux gens de l'art. Il est bon de prémunir à l'avance les praticiens contre le fâcheux effet des pommades excitantes qu'on emploie dès le début. Celles préparées au mercure, au soufre, au cinabre, avec les divers oxydes métalliques, surtout avec le bioxyde de cuivre, ne conviennent jamais au commencement. Il en est de même des lotions avec la solution de bichlorure de mercure.

Quand on a à traiter une mentagre légère, il suffit de quelques tasses de pensée sauvage, de fumeterre, etc., de cataplasmes de farine de riz, de fécule de pommes de terre, de lotions d'eau de guimauve pour en venir à bout. Mais si la maladie envahit à la fois les deux lèvres et tout le menton, si la tension est grande, la douleur vive ; si un mouvement fébrile s'établit, alors le régime antiphlogistique pur convient merveilleusement : la saignée générale, les sangsues derrière les oreilles, les bains généraux, les lotions et les cataplasmes émollients, les tisanes délayantes, la diète et de légers laxatifs. Par l'emploi de ces divers moyens, on triomphe quelquefois en quinze jours de ces accidents. Mais il arrive communément qu'après ce temps écoulé la maladie persiste, d'autres pustules succèdent aux premières ; les tubercules ne sont qu'é-

teints, mais restent toujours gros; les poils de la barbe tombent dans beaucoup d'endroits. C'est alors qu'il faut avoir recours à d'autres moyens, à des modificateurs plus énergiques. Biett employait dans ces cas, ainsi que dans les mentagres chroniques, des pommades faites avec des préparations mercurielles, comme le sulfate jaune de mercure, le sublimé corrosif, etc., qu'il incorporait dans de l'axonge; il donnait aussi des bains sulfureux, des douches de vapeur, des pilules de Plummer à l'intérieur, ainsi que des eaux d'Enghien. Il a obtenu de nombreux succès par ces moyens. J'ai été dans le temps moins favorisé que lui, et j'ai presque entièrement renoncé à l'emploi des pommades dans le traitement de la mentagre. Dès les premiers temps de son apparition cette maladie se montra rebelle à tous les traitements qu'on lui opposa, et l'on fut obligé d'appeler à Rome des médecins égyptiens pour la guérir.

Parmi eux, un nommé Pamphilus obtint de grands succès au moyen d'un épispastique qui laissait après lui des cicatrices qui le firent abandonner.

Alibert a pendant longtemps employé le nitrate d'argent, et M. Guillemeau, un de ses élèves, soutint dans une thèse qu'aucun agent ne pouvait le remplacer. Un autre de ses élèves, M. J.-P. Vallée, dans une thèse intitulée *Propositions et observations sur la mentagre,* vanta l'action puissante et les bons effets des lotions iodées et de la pommade préparée avec l'iodure de soufre. Mon collègue, M. Casenave, a aussi retiré de bons effets de pommades faites avec le protochlorure ammoniacal de mercure, son deutoxyde ou son sous-sulfate incorporés dans de l'axonge. Peu de maladies ont fait recourir à autant de médicaments locaux que le varus mentagra, sans parler des innombrables médicaments internes qu'on lui a opposés.

Voici la méthode dont je me sers, et à laquelle je me suis arrêté après de nombreux tâtonnements; elle est simple, d'une exécution facile, et je l'appuie de quatre-vingts observations recueillies avec soin sur soixante-quatorze hommes et six femmes.

J'ai déjà indiqué comment je procède lorsque la maladie est légère, et pendant la première période lorsque l'inflammation est vive. Sur ce point les traitements diffèrent peu, et les médecins sont assez d'accord. Il n'en est pas de même lorsque la maladie persiste, que de nouvelles pustules succèdent à celles qui viennent de s'éteindre, et que les tubercules passent à l'induration et prennent un aspect violet.

J'ordonne, comme dès le début, de faire couper la barbe avec des ciseaux, de bien nettoyer les parties souffrantes, et de les faire couvrir avec des cataplasmes épais, entre deux linges, de fécule de pommes de terre, qu'on renouvelle quatre ou cinq fois en vingt-quatre heures.

Je les accompagne de lotions d'eau de guimauve et de bains locaux de même nature. Après huit jours de ce traitement, je remplace ces dernières par des lotions rendues alcalines par l'addition de 4 grammes de sous-carbonate de potasse dissous dans un litre d'eau. On les emploie d'abord quatre ou cinq fois par jour pendant dix minutes chaque fois; on augmente ensuite leur durée, et l'on finit, en les répétant plus souvent, par employer deux ou trois heures du jour à cette médication. Je continue l'emploi des cataplasmes émollients pendant quinze à vingt jours encore. J'en suspends d'abord l'usage le jour, et enfin, après un mois à cinq semaines, suivant l'état des tubercules, je les cesse tout à fait, et je m'en tiens aux lotions alcalines, dont j'aide l'action par des douches alcalines et des bains de vapeur. Je donne pour tisane une infusion de scabieuse et de pensée sauvage, ou celle de fumeterre et de douce-amère. De légers purgatifs salins, plusieurs fois répétés pendant le cours de la maladie; des eaux d'Enghien à l'intérieur, un régime doux et des bains simples, complètent le traitement. Ce derniers moyens, qui n'ont aucune efficacité quand on les emploie seuls, sont des adjuvants qui quelquefois m'ont paru favoriser l'action des moyens locaux; mais bien plus souvent il m'a été impossible d'apprécier la part qu'ils prennent à la guérison.

Pendant la première période du traitement, quelques mentagres légères disparaissent, celles qui sont intenses perdent de leur intensité; ainsi la tension de la peau, la chaleur, la douleur, diminuent; les pustules, après avoir suppuré quelques jours, s'éteignent, la peau reste d'un rouge violet. Quand pendant quelques heures on ne fait aucune médication, elle se dessèche, et l'épiderme se soulève et s'écaille. Les tubercules s'affaissent et cessent d'être douloureux. En continuant cette médication seule, les choses restent longtemps dans le même état, les malades s'impatientent de ne pas voir un terme à leur mal, et abandonnent le traitement. Sur plusieurs malades dociles, je l'ai continué pendant deux et trois mois sans pouvoir arriver à complète guérison. Sous l'influence des lotions alcalines, la peau reprend sa couleur naturelle; les tubercules se résolvent, et tout revient bientôt à l'état normal. Bien que le bulbe des poils soit fortement atteint dans la mentagre, au bout d'un certain temps la barbe repousse aux endroits d'où elle était tombée; ce qui prouve qu'il y a eu là souffrance, mais non pas destruction des organes, comme cela a lieu dans la teigne faveuse.

Le traitement que je conseille guérit ordinairement les mentagres intenses et récentes dans l'espace d'un mois à six semaines. On est rarement obligé de le prolonger au delà de deux mois; mieux vaudrait cependant prolonger sa durée, que de le suspendre avant que la guérison

soit radicale. Je trouve dans mes notes que, sur six malades, j'ai été obligé de le continuer pendant trois mois. L'un des malades, âgé de cinquante-quatre ans, forgeron de son état, était atteint pour la deuxième fois de mentagre dans l'espace de trois ans; et pendant le cours de la première maladie, qui avait duré six mois, il avait fait usage à diverses reprises de pommades au soufre et au mercure.

Les cinq autres n'avaient jamais été atteints de maladies de la peau; mais chez trois d'entre eux la santé était détériorée par des excès de boisson et par des fatigues physiques très-grandes. Tous les trois travaillaient à la forge et buvaient des liqueurs fortes dans l'intervalle de leurs repas. Le plus âgé, qui n'avait que quarante-deux ans, portait un engorgement du foie, et vomissait de temps à autre après ses repas. Trois ans après, il mourut d'un cancer, qui, après s'être développé dans le tissu cellulaire, gagna l'estomac et le foie. Les deux derniers, ouvriers perruquiers, vivaient mal, presque toujours de charcuterie, étaient sujets à des dérangements intestinaux, qui ont cédé à un régime convenable.

Dix malades soumis par moi à l'usage de pommades résolutives, l'une composée avec l'iodure de soufre incorporé dans l'axonge à la dose de 4 grammes par 30 grammes, l'autre faite avec 2 grammes de protoiodure de mercure, avaient des mentagres chroniques qui avaient commencé d'une manière aiguë, chez quatre depuis deux ans, chez deux autres depuis plus de trois ans; enfin, chez les trois derniers, elles avaient cinq, six et sept ans de durée. Après un mois du traitement le plus antiphlogistique, je commençai à appliquer la pommade à l'iodure de soufre; les premiers jours, tout parut s'améliorer; mais après quinze jours de traitement, une nouvelle éruption de pustules et deux érysipèles me forcèrent de cesser cette médication et de revenir aux cataplasmes. Je recommençai de nouveau la pommade, mais je ne fis entrer qu'un gramme d'iodure de soufre par 30 grammes d'axonge; quatre malades sortirent guéris après cinq mois de traitement; le cinquième ne voulut pas attendre au delà de six semaines, il sortit sans être guéri : je n'en ai plus entendu parler. Des cinq traités par le protoiodure, quatre ont éprouvé une augmentation telle dans leur maladie, que j'ai été obligé de cesser le traitement. Le cinquième a guéri avec l'emploi d'une pommade qui ne contenait que 5 décigrammes de protoiodure par 30 grammes. Tout le temps du traitement j'ai continué l'emploi des cataplasmes, et deux mois et demi ont suffi pour la guérison.

Je pourrais citer beaucoup d'autres faits; mais je m'arrête, laissant aux praticiens le soin de vérifier l'exactitude de mes assertions. Dans un prochain numéro je traiterai de l'impétigo et des autres affections pustuleuses.

ÉMERY.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DU TRAITEMENT DE LA KÉRATITE VASCULAIRE, PAR LA CAUTÉRISATION AVEC LA PIERRE INFERNALE.

Par M. Auguste Bérard, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris.

Les ouvrages récents relatifs à l'ophthalmologie ont jeté une grande lumière sur les altérations dont les divers éléments du globe de l'œil peuvent être affectés. Parmi ces travaux, ceux qui sont relatifs aux maladies de la cornée peuvent être placés en première ligne. Mais si l'on connaît bien aujourd'hui la marche, les symptômes, les caractères anatomiques de l'inflammation, des ulcères et autres lésions de la cornée, on ne peut disconvenir que le traitement de plusieurs d'entre elles ne laisse beaucoup à désirer.

La kératite vasculaire chronique nous fournit un exemple à l'appui de la remarque qui précède. On peut voir, dans le savant article que M. Velpeau a consacré à l'histoire des maladies de la cornée (*Dictionnaire de médecine*, nouvelle édition), combien de moyens variés ont été proposés pour combattre cette forme particulière d'inflammation, et combien est faible et incertaine leur action curative. Cependant, parmi ces moyens il en est un qui paraît doué d'un peu plus d'efficacité que les autres; c'est la cautérisation avec la pierre infernale, que Sanson a surtout préconisée. J'ai aussi retiré des effets extrêmement heureux de cette cautérisation. Avant de faire connaître le résultat de ma pratique, je vais rappeler en peu de mots les lésions et les symptômes de cette forme grave d'ophthalmie à laquelle on donne le nom de *kératite vasculaire chronique.*

A la suite d'inflammations aiguës fréquemment répétées de la cornée, ou ce qui est bien plus fréquent, de conjonctivites catarrhales ou purulentes, on voit survenir un certain trouble dans la transparence de la cornée, en même temps qu'il s'y développe des vaisseaux. L'opacité n'est pas uniformément répandue dans tous les points de la membrane; elle est sous forme de macules en général superficielles, plus ou moins épaisses, tantôt confluentes, tantôt discrètes. L'hémisphère supérieur de la cornée en est bien plus ordinairement le siége que le bas de cette membrane; nous dirons tout à l'heure pourquoi. A quelque degré qu'on observe ces taches, on ne les trouve jamais d'un blanc compact

semblable à celui qui caractérise le leucoma, et lorsqu'elles finissent par intercepter complétement le passage de la lumière, cela tient à l'épaisseur qu'elles acquièrent et au nombre prodigieux des vaisseaux qui s'y répandent.

Le développement des vaisseaux parcourus par le sang en quantité suffisante pour que la matière colorante de ce liquide soit apparente, est un des caractères non moins constants de l'inflammation chronique de la cornée que la perte de transparence de cette membrane. La plupart des vaisseaux sont superficiels; ils partent de la circonférence, principalement du haut de la cornée, et se dirigent vers le centre tantôt droits, tantôt flexueux, tantôt simples, tantôt ramifiés et anastomosés les uns avec les autres. C'est le long des vaisseaux, et surtout au niveau de leurs terminaisons, que se trouvent les taches de la cornée. Chez quelques malades, le nombre des vaisseaux est si considérable que l'on ne distingue plus cette membrane; la surface en est rouge, épaissie, inégale, et semble couverte d'une pièce de drap écarlate. C'est à cette lésion qu'on donne le nom de *pannus*. Rarement le pannus est complet; le plus souvent il est partiel, et alors il occupe la partie supérieure de la cornée.

Outre les lésions que je viens de décrire succinctement, il en est d'autres qui ont leur siége ailleurs que sur la cornée, et dont la connaissance importe beaucoup pour le traitement de la kératite. La conjonctive oculaire est injectée et rouge; elle s'avance sur la circonférence de la cornée et diminue la surface de celle-ci. Ses vaisseaux se continuent directement avec ceux qui occupent le miroir de l'œil.

M. Mirault a indiqué une disposition particulière des vaisseaux qui entourent la cornée. « Il se forme, dit-il, autour de cette membrane un cercle vasculaire aux dépens des vaisseaux sous-conjonctivaux : bien différent de l'anneau vasculaire développé dans l'épaisseur de la sclérotique, et qui se rencontre dans l'ophthalmie appelée *rhumatismale* par quelques auteurs, ce cercle est de couleur rutilante : les vaisseaux qui le forment sont anastomosés entre eux, et c'est du petit bord de cet anneau que se détachent ceux qui pénètrent dans la cornée. »

On trouve en outre chez beaucoup de malades, je dirais presque chez tous, une altération des conjonctives palpébrales. Tantôt ce n'est qu'une simple rougeur avec gonflement de la muqueuse; tantôt, au contraire, la surface interne des paupières est hérissée d'une multitude de petites élévations auxquelles on donne le nom de *granulations*. La part que prennent ces granulations à la production de la maladie qui nous occupe, est des plus remarquable. Elle a parfaitement été appréciée par M. Sichel. Cette influence tient probablement au contact irri-

tant de ces corpuscules à la surface de la cornée. Ce qui confirme cette opinion, c'est le rapport exact qui existe en général entre le siége des granulations et la portion de cornée qui devient vasculaire et opaque. Ainsi, les granulations de la paupière inférieure ne touchant que la sclérotique sont inoffensives, tandis que celles de la paupière supérieure qui répondent à la partie supérieure de la cornée y produisent les altérations de la kératite chronique.

Les symptômes que présentent les individus atteints de kératite vasculaire chronique consistent dans un affaiblissement de la vue proportionné au degré d'opacité de la cornée : il peut y avoir simple brouillard ; voile plus épais qui cependant laisse encore apercevoir, quoique confusément, la forme et la couleur des objets ; enfin obstacle complet à la vision, de telle sorte que le malade ne conserve plus que la faculté de distinguer la lumière d'avec les ténèbres et le passage de l'ombre des corps au-devant de l'œil.

La kératite chronique est, en général, exempte de douleurs. Les mouvements des paupières produisent une sensation de frottement désagréable : une lumière un peu vive produit une impression pénible, et entraîne facilement l'injection des vaisseaux de l'œil.

Pendant la durée de la kératite on voit survenir des exacerbations par suite desquelles la maladie revêt tout à coup les caractères d'une phlegmasie aiguë ; alors les vaisseaux de la conjonctive et de la sclérotique s'injectent de plus en plus. La photophobie, le blépharospasme, l'hypercrinie lacrymale augmentent et se dessinent comme dans l'ophthalmie aiguë. Cet état peut persister fort longtemps pendant plusieurs semaines et même plusieurs mois. Alors les paupières sont toujours fermées. Si on veut les écarter, il se fait un écoulement abondant de larmes ; le muscle orbiculaire se contracte spasmodiquement et le globe de l'œil est entraîné fortement en haut. Tout ce que l'on en découvre est rouge, inégal ; il y a une sorte de trame vasculaire qui en recouvre la surface, chaque vaisseau formant un relief en raison de la grande quantité de sang qui le pénètre.

A d'autres époques, l'on voit diminuer d'une manière notable et l'opacité et l'injection de la cornée : amélioration trompeuse, car l'affection ne tarde pas à se reproduire avec une nouvelle intensité.

Le traitement de cette affection par la pierre infernale consiste à cautériser la conjonctive palpébrale, et souvent aussi la conjonctive oculaire. C'est une combinaison de la méthode de M. Sichel avec celle de Sanson ; l'une et l'autre modifiées, soit dans leur agent d'action, soit dans leur mode d'application. Dans cette médication, la part la plus grande appartient à la cautérisation des paupières.

Lorsqu'un malade se présente atteint de kératite vasculaire chronique, je le prépare à la cautérisation en le soumettant pendant quelques jours au repos, à l'usage de pédiluves irritants, de boissons légèrement laxatives et même d'un ou deux purgatifs salins : à ces moyens, j'ajoute la saignée lorsque l'affection offre un certain degré d'acuité.

Voici comment je pratique la cautérisation. Le malade, assis sur un siége ou dans son lit, la tête maintenue par un aide lorsque son courage ou sa docilité sont suspects, je renverse la paupière inférieure, de manière à bien découvrir la conjonctive d'un angle à l'autre de l'œil jusqu'au fond du cul-de-sac oculo-palpébral. Si la membrane est couverte de mucus ou de larmes, j'ai soin de l'absterger, afin que la pierre porte bien son action sur les tissus vivants. Faute de prendre cette précaution, on s'expose à faire une opération inutile, tout en croyant avoir opéré la cautérisation. En effet, le mucus et les larmes blanchissent immédiatement sous l'action de la pierre, et l'on découvre une couche grisâtre à la surface de la muqueuse qui ressemble à une escharre, tandis que ce n'est qu'un chlorure d'argent très-divisé qui se dépose sur tous les points de cette membrane. La paupière inférieure étant bien renversée, je passe d'un angle à l'autre la pierre infernale de manière à atteindre toutes les parties de la muqueuse qui sont rouges et gonflées, et surtout les granulations.

Dès que la paupière inférieure est cautérisée, je répète cette opération sur la paupière supérieure. Mais là elle présente de plus grandes difficultés; cependant il n'est pas nécessaire de l'absterger, attendu que le mucus et les larmes ne s'arrêtent presque jamais à sa surface. Je ne cherche point à en opérer le renversement; cette pratique est impossible à exécuter, ou ne peut l'être qu'en faisant naître de très-vives douleurs. D'ailleurs elle n'amène qu'un résultat imparfait, puisque la portion de paupière qui renferme le cartilage tarse seule se renverse, et qu'il reste encore un cul-de-sac assez profond dont l'écartement est alors rendu tout à fait impraticable par la position qu'a prise la portion libre de la paupière, et cependant il est important, en beaucoup de cas, d'atteindre ce cul-de-sac avec la pierre infernale. Il suffit de soulever la paupière, et de l'écarter du globe de l'œil en pinçant légèrement les cils avec ou sans la peau et en les tirant en avant et en bas. Cette traction efface les plis que pourrait faire la paupière à sa face profonde, et assure mieux l'application caustique sur tous les points de la muqueuse.

Il est des malades qui ont une contraction spasmodique du muscle orbiculaire si énergique, que le moyen que je viens d'indiquer pour soulever la paupière supérieure est insuffisant. Il faut alors se servir de la

pince à béquilles, dont on applique les mors sur la peau près du bord libre du cartilage tarse et parallèlement à ce bord; il devient alors facile de soulever toute la paupière en tirant les pinces directement en avant.

La paupière étant écartée du globe de l'œil, j'engage entre ces deux organes et vers l'un des angles un long crayon de pierre infernale, afin que la pointe puisse atteindre le fond du cul-de-sac oculo-palpébral, puis, par un mouvement d'arc de cercle, je promène rapidement l'instrument d'un angle à l'autre, de manière à toucher tous les points de la muqueuse. On voit que la cautérisation ne se fait pas avec la pointe du crayon, mais avec la surface même du cylindre; aussi est-il important que cette surface soit allongée et parfaitement propre.

Le temps le plus difficile chez quelques malades, et surtout chez les enfants, c'est de porter profondément la pierre entre l'œil et les paupières, malgré les précautions que nous avons indiquées pour arriver à ce but. On doit alors seulement s'appliquer à ménager cet accès vers un des coins des paupières. Il suffit en effet que le crayon soit engagé profondément pour achever l'opération sans crainte de cautériser le globe de l'œil. Pour cela, on se sert de la pierre elle-même pour écarter et soulever la paupière en pressant sur elle d'arrière en avant, en même temps qu'on promène l'instrument d'un angle à l'autre.

Dès que la cautérisation est faite, l'instrument est retiré et la paupière retombe sur le globe de l'œil.

Presque tous les chirurgiens qui ont préconisé l'emploi de la pierre infernale ont donné la recommandation de protéger l'œil contre l'action d'une petite quantité d'azotate d'argent qui reste adhérente à la surface de la muqueuse palpébrale après la cautérisation. Les uns veulent qu'on étale préalablement sur les parties qui doivent être protégées une couche d'huile avec un pinceau, les autres conseillent de pousser, immédiatement après l'opération, une injection d'eau tiède. Mais, outre la difficulté extrême qu'offre l'exécution de ces manœuvres, je dois dire qu'elles sont inutiles. La pierre infernale n'agit guère que sur les tissus avec lesquels elle se trouve immédiatement en contact; il n'y a presque aucune particule solide de ce sel qui se détache de la masse totale pour se coller à la muqueuse cautérisée et de là étendre son action aux autres tissus, tels que la sclérotique et la cornée qui vont bientôt se mettre en contact avec la paupière.

On ne doit pas beaucoup plus redouter la dissolution du sel par le mucus ou les larmes. La petite quantité d'azotate d'argent que ces liqueurs peuvent dissoudre est à l'instant même décomposée par les sels qu'elles renferment et réduite à l'état de chlorure d'argent.

Voici, sans doute, ce qui en a imposé aux praticiens : dès que la cautérisation est effectuée, on voit s'écouler d'entre les paupières des gouttelettes de liquide épais et blanchâtre ; si on parvient à écarter ces membranes, la surface de la sclérotique et de la cornée paraît recouverte d'une couche blanche peu épaisse, qui ne s'en va pas par le lavage, et que l'on a dû naturellement prendre pour une escharre; mais cette couche est principalement formée par le chlorure d'argent très-divisé qui provient de la décomposition de la pierre et qui se dépose sur tous les points de l'œil, sous forme d'une poudre blanche excessivement ténue et divisée : son excessive ténuité favorise son adhérence aux tissus avec lesquels elle est en contact. Cependant cette adhérence n'est que passagère, et quelques heures après il n'existe plus de traces de cette coloration. La promptitude avec laquelle ces parties reprennent leur aspect primitif est la meilleure preuve qu'elles n'ont pas été cautérisées. Cette remarque est, certes, des plus importantes; car elle encouragera le chirurgien à manier avec confiance un instrument dont l'action est très-puissante, tandis que la crainte de le voir étendre ses ravages à des tissus qu'il importe de ménager, a probablement plus d'une fois empêché d'y avoir recours.

La cautérisation des paupières est en général extrêmement douloureuse, surtout quand le malade la subit pour la première fois. Je crois avoir remarqué que le contact de la pierre infernale avec la surface de la paupière n'est pas ce qui fait le plus souffrir ; c'est au contraire dans le moment où le contact se rétablit entre la paupière et le globe de l'œil : cette remarque est surtout facile à faire quand on cautérise la paupière inférieure. En effet, on peut la tenir renversée pendant qu'on la brûle, et encore pendant quelques instants après; or, pendant tout ce temps la douleur semble peu vive, mais elle prend subitement un grand accroissement quand la paupière est redressée. On peut, je crois, d'ailleurs, présenter une explication plausible de cette douleur. On sait combien est pénible la sensation qui résulte de la présence d'un corps étranger, si petit qu'il soit, placé derrière les paupières, surtout la supérieure ; or, l'escharre que produit la pierre ne doit-elle pas agir à la manière de corps étrangers dont l'action irritante est d'autant plus vive qu'elle touche une très-grande partie de la surface de l'œil? ajoutez que le chlorure d'argent pulvérulent, qui se forme immédiatement, augmente cette irritation en ne laissant pour ainsi dire aucun point de l'œil qui n'en soit recouvert.

Nous avons déjà dit que les lésions de la paupière supérieure avaient plus d'influence sur la kératite que celles de la paupière inférieure. Dans beaucoup de cas il suffit de cautériser la première; dans ceux, au con-

traire, où il faut agir sur les deux, nous préférons commencer par l'inférieure. Il serait très-difficile de la découvrir, si on agissait d'abord sur la supérieure, à cause de l'état spasmodique dans lequel se trouve le malade après cette cautérisation; d'ailleurs on serait gêné par la grande quantité de larmes qui inondent l'œil à l'instant et tombent au-devant de la paupière.

Lorsque les deux yeux sont malades, on ne doit pas les cautériser le même jour. On s'exposerait en agissant autrement à provoquer une réaction inflammatoire trop vive; on tomberait d'ailleurs dans un inconvénient déjà signalé par ceux des chirurgiens belges qui traitent les granulations des paupières par la cautérisation, celui de priver complétement le malade de l'usage des yeux et de le rendre aveugle pendant plusieurs jours.

Voici quelles sont les suites de la cautérisation : la douleur va en diminuant, et cesse en général au bout de quelques heures; chez quelques malades, elle dure jusqu'au lendemain; les paupières deviennent rouges et un peu gonflées; la conjonctive oculaire s'injecte également; l'œil devient plus sensible à l'action de la lumière; le larmoiement et la sécrétion muqueuse augmentent. Au bout de deux ou trois jours, la réaction commence à diminuer; elle disparaît entièrement dans la huitaine : c'est alors que l'on peut sans inconvénient cautériser les paupières de l'autre œil.

Dans quelques cas rares, la réaction inflammatoire est portée à un très-haut degré, et l'on voit survenir les symptômes d'une conjonctivite purulente. La cornée est menacée de ramollissement et de perforation. Le danger d'une semblable inflammation est tel que le chirurgien doit apporter tous ses soins à ne cautériser que légèrement les paupières : il vaut mieux recourir plusieurs fois à l'opération que de toucher du premier coup et avec énergie tous les points de la surface des paupières.

Quoiqu'au bout de huit jours il ne subsiste plus de traces de l'inflammation causée par la pierre infernale, cependant il faut attendre encore au moins huit autres jours avant de faire une nouvelle cautérisation. En effet, l'état de la cornée continue à s'améliorer pendant tout ce temps. Ses vaisseaux diminuent; ses taches s'éclaircissent; s'il y avait un pannus, il devient moins rouge et moins épais. J'ajouterai que dans les cas où l'on a opéré sur des malades qui offraient actuellement des signes d'un état aigu, et qui, par suite, avaient du larmoiement et ne pouvaient supporter l'éclat du jour, on voit tomber ces symptômes et l'affection prendre les caractères de la kératite chronique ordinaire. Après quinze jours à trois semaines, l'amendement s'arrête et l'on doit procéder à une nouvelle opération. Il n'est pas possible de préciser le

nombre des cautérisations. Chez quelques malades deux à trois suffisent; chez d'autres il en faut un plus grand nombre.

Comment agissent les cautérisations? Nul doute qu'elles ne produisent dans l'état de la muqueuse palpébrale un changement avantageux, qu'elles ne répriment les granulations et ne fassent disparaître les boursouflements dont cette membrane est le siége. A cet égard, je partage entièrement l'avis de M. Sichel, qui, le premier, je crois, a montré qu'il fallait chercher là la cause de la kératite chronique et en même temps y porter le remède. Peut-être que l'application très-étendue du chlorure d'argent extrêmement divisé produit dans toutes les parties de la conjonctive et à la surface de la même cornée une impression favorable pour ramener ces tissus à leur état normal. Sous ce rapport, la pierre infernale a une action de plus que le sulfate de cuivre, sans parler de son énergie plus grande comme caustique.

Malgré l'amélioration que la cautérisation de la paupière détermine à sa suite dans la vascularité et la transparence de la cornée, il arrive presque toujours que des vaisseaux résistent à ce traitement; on est alors obligé de porter directement sur eux la pierre infernale. Pour cela, je suis la méthode de Sanson, mais j'emploie un procédé beaucoup plus simple.

Au lieu d'appliquer sur l'œil un anneau cannelé et dans la rainure duquel on a déposé le nitrate d'argent fondu, je me sers du crayon de pierre infernale. C'est en général par la partie supérieure de la cornée que ces vaisseaux pénètrent. Pour les atteindre, il faut relever la paupière supérieure et les toucher directement, en appuyant sur eux avec la pointe de la pierre infernale. C'est à trois à quatre millimètres de la cornée et sur la sclérotique que cette cautérisation doit être pratiquée. Quand il se rencontre plusieurs vaisseaux près les uns des autres, je promène alors le crayon à la distance indiquée de la cornée et concentriquement à la circonférence de cette membrane, sur les vaisseaux, de manière à produire une escharre ayant la forme d'un croissant. L'épaisseur de l'escharre, que l'on rend d'autant plus grande qu'on passe un plus grand nombre de fois la pierre sur la même place, doit être proportionnée à la situation plus ou moins superficielle ou profonde des vaisseaux qu'il s'agit d'atteindre.

Chez quelques malades, dont le globe de l'œil est involontairement agité de mouvements ou entraîné fortement derrière la paupière supérieure, il faut préalablement fixer cet organe en se servant de petits crochets usités dans l'opération du strabisme.

La cautérisation des vaisseaux de la conjonctive oculaire est bien moins douloureuse que celle de la paupière : néanmoins, quand elle est

un peu étendue, elle détermine une ophthalmie modérée qui se dissipe dans l'espace de deux à trois jours.

Le traitement de la kératite chronique, tel que je viens de l'exposer, n'exclut pas l'usage de plusieurs moyens accessoires dont l'utilité est généralement reconnue, tels que pédiluves, purgatifs, collyres, etc. Parmi ces derniers, ceux auxquels je donne la préférence sont composés d'eau distillée et d'azotate d'argent; mais leur emploi doit être suspendu dans l'œil cautérisé pendant tout le temps que dure la réaction.

Il ne faut pas croire que l'on parvient, dans tous les cas, à ramener l'œil à son état entièrement normal. Chez plusieurs malades, il reste un peu d'injection des vaisseaux de la sclérotique et de la conjonctive; la cornée conserve par places un aspect nuageux : en examinant bien, on découvre quelques vaisseaux d'une excessive ténuité qui se portent encore de la sclérotique dans cette membrane. C'est dans ces cas que la récidive est à craindre, lorsque l'on cesse entièrement toute espèce de traitement. On doit engager les malades à continuer encore quelque temps l'usage du collyre d'azote d'argent, l'instillation journalière d'une goutte de laudanum entre les paupières, et enfin l'insufflation de la poudre de calomel à la surface de la cornée.

A. Bérard.

NOUVELLES OBSERVATIONS TOUCHANT L'EFFICACITÉ DE L'APPAREIL GYPSO-AMIDONNÉ DU DOCTEUR LAFARGUE POUR LE TRAITEMENT DES FRACTURES.

Dans les villages, on met sans peine de côté le médecin lorsqu'il s'agit de luxations ou de fractures, pour recourir au rhabilleur; on se comporte très-souvent de même à l'égard des médecins des villes, tant on est imbu de cette fâcheuse idée, que nous n'entendons rien, ni les uns ni les autres, à ce genre de lésions. Et ce n'est pas seulement parmi les paysans que règnent ces faux préjugés; maintes fois il m'est arrivé de discourir longuement, pour ramener au bon chemin des hommes plus ou moins instruits, et qui regardaient les rhabilleurs, en raison de leur *grande expérience*, comme les plus aptes à remédier à de tels maux.

Nous savons cependant ce qu'il en est, et les résultats de leur pratique nous ont fait plus d'une fois déplorer que le traitement des luxations et des fractures, qui exige des notions si précises et beaucoup de sagacité, sur lequel le talent de tant de chirurgiens s'est exercé spécialement, fût confié à des mains ignorantes et cupides. Si on ne s'adressait au

rhabilleur que lorsqu'il y a réellement luxation ou fracture, on peut le garantir, le public reviendrait bientôt de son erreur, en voyant les effets déplorables et presque constamment tels de leurs procédés.

Mais que voulez-vous! On va les trouver sans besoin aucun : à la suite de causes plus ou moins légères, on se met dans la tête qu'une côte est brisée, que la *planche de l'estomac* est enfoncée, qu'une épaule est démise, et vite de courir chez lui. Le rhabilleur, après diverses manœuvres, applique toujours ses emplâtres, et renvoie son monde. Sur cent, cent guérissent : et l'on voudrait qu'on ne criât pas au miracle, qu'on ne vantât pas les rhabilleurs?

Mais qu'ils aient à réduire cent luxations, cent fractures réelles, ils estropient presque tous les malades, et il ne saurait en être autrement. Le moyen, en effet, pour des emplâtres, de maintenir la réduction, si tant est qu'elle soit quelquefois opérée par le rhabilleur? En visitant des malades pour tout autre chose, il m'est arrivé plus de vingt fois de voir des individus estropiés pour toujours, après être sortis des mains de ces charlatans.

Ce qui a sans nul doute contribué à la réputation des rhabilleurs, à les faire rechercher, c'est le peu d'entraves qu'ils mettent à la liberté des malades. Leur mode de traitement devait surtout convenir aux paysans, aux pauvres, qui ne peuvent, sansi nconvénient, être condamnés au repos, aux privations que leur aurait très-certainement imposés un chirurgien. Aussi la réforme complète qu'a subie le traitement des fractures doit-elle nous faire espérer d'être peu à peu honorés d'une confiance qu'on aurait dû toujours nous accorder. Lorsque le paysan verra que son voisin, dont la jambe était brisée, peut, à l'aide d'un appareil fort simple, marcher, vaquer en partie à ses affaires et guérir sans difformité généralement, il abandonnera le rhabilleur pour l'homme de l'art. Ce résultat favorable sera d'autant plus prompt que l'instruction se répandra davantage dans la campagne.

Dans un aperçu comparatif j'ai, il y a quelque temps, exposé dans ce journal (1) les diverses raisons qui devaient nous faire donner la préférence dans le traitement des fractures au procédé du docteur Lafargue. Si ce procédé devient, comme je le pense, d'un usage général dans la pratique, on verra les malades entraînés, séduits par les beaux résultats qu'il procure, renoncer à leurs préjugés, et prendre des idées plus conformes à la vérité et à leurs intérêts.

Certaines objections qui m'ont été adressées, m'ayant fourni la preuve que l'on n'accordait pas à mes motifs de préférence toute la

(1) Voyez *Bull. de Thérap.*, tome XXII, page 156.

valeur que je leur donne, je vais répondre par des faits qui témoigneront que l'appareil du docteur Lafargue a, dans une étendue suffisante, prise sur les deux fragments osseux, se moule sur la forme des parties, les comprime, les maintient dans une direction normale, sans produire des pressions trop douloureuses; facilite par son petit volume et sa légèreté tous les mouvements compatibles avec la position des malades, garantit l'immobilité pendant la durée du traitement, permet, lorsqu'on le juge convenable ou indispensable, de visiter l'état des parties lésées, et d'assurer leurs rapports, sans tout déranger. Ces faits prouveront que sa préparation est facile, économique, qu'il se sèche avec la plus grande rapidité, assure ainsi les rapports des pièces osseuses dès les premières heures qui suivent son application, et donne au blessé le moyen de quitter immédiatement le lit, s'il n'y est retenu pour autre cause.

Le 12 octobre 1839, une jeune fille montait les degrés d'un escalier en fort mauvais état, lorsque arrivée à l'avant-dernière marche, celle-ci disparaît sous elle et l'entraîne dans sa chute. Portée dans sa maison, elle y fut durant plusieurs jours entourée de matrones, qui, croyant à une simple foulure du pied, lui promirent prompte guérison. Le 17, la malade, ne pouvant se lever, me fit appeler. En découvrant la jambe, je reconnus sans peine que le tibia droit était fracturé en bec de flûte à sa partie inférieure, avec saillie très-prononcée du fragment supérieur sous la peau. Une dépression assez marquée à la partie inférieure et externe du membre, avec inclinaison de la face plantaire du pied en dehors, de la dorsale en dedans, avec soulèvement du bord externe et abaissement de l'interne, me donnèrent aussi, à part l'existence manifeste de la crépitation, la preuve que le péroné était brisé. J'eus le malheur de parler de fracture; le lendemain, à mon insu, on charge la jeune fille sur une charrette, et on la porte au rhabilleur de Carcassonne. Ce dernier étant heureusement absent, on revint au logis. Des cataplasmes, des frictions, quelques légers purgatifs, ayant peu à peu fait disparaître le gonflement extrême dont le membre était le siége, et réduit la fracture à un grand état de simplicité, je pus placer l'appareil le 27 au matin. Au bout de quatre heures il fut assez sec et résistant, pour engager la blessée à se lever, à marcher avec une béquille, ce qu'elle fit sans beaucoup de gêne. A partir de ce jour, jusqu'au 7 décembre, la jeune malade fit à peu de chose près dans la maison ce qu'elle y faisait avant l'accident. L'appareil ne se dérangea jamais, n'embarrassa presque pas, ne détermina aucune douleur, et permit les promenades dans le jardin, dans le village. Lorsqu'il fut enlevé, l'œil, la main avaient de la peine à reconnaître la place de la double fracture. Cepen-

dant, durant plus de deux mois la jeune fille boita d'une manière assez sensible, et on ne crut pas à une guérison satisfaisante; mais insensiblement le membre reprit de la force, de la souplesse, et toute claudication disparut.

Je me servis alors, en guise d'attelles en bois, de bandes en carton entaillées de distance en distance sur les bords; mais sur les observations de Mayor et de Lafargue, je me promis d'employer à l'avenir le fil de fer, et d'en entourer, de loin en loin, le membre dans le but de donner plus de solidité à un appareil dont j'étais si satisfait.

En 1840, je fus mandé à Quillan, pour voir une dame qu'on me dit s'être gravement foulé le pied gauche. Quelques jours avant, la malade, montée sur une échelle, sentit un des bâtons craquer et céder sous elle. La chute se fit sur le pied gauche principalement. A mon arrivée, le gonflement et la douleur étaient intenses. Le pied, fortement dévié en dedans, présente sous la malléole interne deux petites gouttières dans le sens antéro-postérieur formées par le plissement de la peau, la malléole interne paraît ne pas exister, l'externe au contraire est fort saillante, et en inclinant le pied vers le tibia, on constate aisément un vide entre elle et l'extrémité inférieure du péroné. Pour éviter qu'on eût recours au rhabilleur, je ne parlai nullement de fracture, je laissai croire à une entorse que je devais facilement guérir par l'application d'un appareil fort simple. Mais avant, une saignée générale, des sangsues, des frictions, calmèrent la douleur, diminuèrent la tuméfaction. Le bandage fut enfin placé : en moins de cinq heures, la malade se leva et marcha en s'aidant d'un bâton. Comme elle était très-indocile et que la nature de ses opérations exigeait de fréquents mouvements, la douleur reparut vers le onzième jour, et devint assez intense pour me décider à faire dans l'étendue de quelques pouces et vis-à-vis le point fracturé une entaille au bandage, et ordonner le repos absolu. La douleur ayant peu à peu cessé, je rapprochai convenablement les deux lèvres de l'entaille et conseillai de marcher et d'agir modérément. On m'écouta d'abord; mais bientôt, voyant que tout paraissait aller bien, on ne garda presque plus de ménagement.

Le trente-septième jour l'appareil fut ôté, le cou-de-pied malade fut trouvé plus étroit que l'autre et dans une direction normale, les gouttières cutanées étaient effacées et les deux malléoles presque aussi saillantes et régulières que celles du pied droit. Il fallut du temps et divers moyens pour faire disparaître l'engorgement local qui se manifesta dès le lendemain, et la claudication légère qui en était la conséquence.

Je ne pouvais demander davantage à l'appareil du docteur Lafargue; à beaucoup de simplicité dans la préparation, il joignait le mérite in-

contestable de remplir fort bien les diverses conditions qu'on a droit d'exiger d'un bon appareil. Aussi la préférence lui fut-elle donnée, avec le désir néanmoins de le modifier. J'avais trouvé que le fil de fer tenait avantageusement lieu des attelles en carton, je voulais remplacer les diverses pièces de linge par des bandelettes de papier, et prouver que celui-ci pouvait les suppléer aussi fructueusement que le coton et les mouchoirs avaient remplacé les bandes. L'occasion d'expérimenter se fit attendre.

Un garçon, de dix-huit à vingt ans, s'amusait à courir sur des pièces de bois, lorsque, perdant l'équilibre, il engage ses jambes entre deux d'elles, et tombe à la renverse. Par de pénibles efforts il se dégagea tant bien que mal, et regagna le logis en clochant. Durant plusieurs jours on le tint au lit avec des cataplasmes sur le point contus. Les choses ne s'arrangeant pas, on voulut seulement savoir de moi si l'os était fracturé. Devinant les intentions des parents, et voulant les empêcher d'aller au rhabilleur, j'examinai le membre avec soin. Vers le tiers inférieur de la jambe droite existait une déformation manifeste des parties. Le tibia était en ce point très-obliquement fracturé; le fragment supérieur très-saillant et assez pointu déchirait presque la peau; la tuméfaction était considérable, s'étendait au loin, et le moindre mouvement imprimé arrachait de vives douleurs. Je répondis qu'il s'agissait d'une violente contusion, d'une déchirure des *nerfs*, et qu'une saignée, des sangsues, des fomentations, et plus tard, un simple bandage, remédieraient à tout. On me laissa faire, et après avoir ramené la fracture à un grand état de simplicité, je plaçai l'appareil au quinzième jour de l'accident, en me servant de bandelettes de papier et de fil de fer. Une première bande en linge fut seulement disposée sur la peau, puis vinrent successivement quatre couches de bandelettes en papier au milieu desquelles se placèrent les fils de fer, le tout fut recouvert d'une large feuille entaillée sur divers points et fortement enduite du mélange gypso-amilacé. Emmaillotée de la sorte, la jambe n'était pas beaucoup plus forte que l'autre. En moins de trois heures, l'appareil fut assez sec et dur pour permettre au jeune blessé de quitter son lit. Pour mieux assurer la disposition des bandelettes, on passa un bas qui ne devait être enlevé qu'avec l'appareil.

D'abord, on usa de précautions, on marcha peu et dans l'intérieur de l'appartement; puis on se hasarda à descendre, puis enfin on ne se gêna presque pas. Il y eut néanmoins un moment où je crus à la nécessité de fendre le bandage, tant les douleurs, qui duraient depuis quelques jours, devinrent intenses; mais le repos rétablit promptement le calme, et nous arrivâmes au quarante-cinquième jour sans toucher

en rien à l'appareil; il fut alors enlevé. Le succès était des plus satisfaisants; durant plus de deux mois le jeune garçon boita plus ou moins, et divers moyens dûrent être mis en usage pour dissiper l'engorgement du membre, et avec lui toute claudication.

Très-content de ce résultat, j'aurais dû être encouragé à poursuivre; mais je cédai à la crainte, dans un cas où les choses me parurent si graves, que je perdis toute confiance dans les bandelettes en papier. Il me sembla qu'elles ne constitueraient pas un appareil suffisamment résistant pour prévenir des déplacements que je redoutais d'autant plus que le membre blessé était depuis plusieurs jours agité de mouvements convulsifs, et le malade peu intelligent et très-indocile. Voici le fait, il parle du moins de la manière la plus claire en faveur de l'appareil du docteur Lafargue.

Un homme d'environ cinquante ans, gros et trapu, marchant sur un terrain glissant et incliné, perd l'équilibre et s'abat sur le côté droit. La chute, occasionnée par le glissement du pied droit situé sur un plan supérieur au pied gauche, porta spécialement sur le premier pendant qu'il était fortement incliné en dedans. Cet homme se releva cependant, mais ne put faire que quelques pas. On vint le chercher, et on le porta au village le plus voisin. Le chirurgien du lieu, reconnaissant une fracture du tibia droit, saigna le malade et appliqua l'appareil de Scultet. Dès le lendemain le membre fut agité de mouvements convulsifs, le malade délira, et dans son délire arracha l'appareil. On le replaça tant bien que mal, et le blessé fut dirigé vers son pays natal. Mandé pour le voir, je le trouvai dans un état fâcheux; le délire persistait ainsi que les soubresauts. J'ôtai l'appareil, et reconnus une fracure du tibia vers son tiers inférieur, en bec de flûte, avec forte saillie du fragment supérieur, ecchymose et plaie autour de la fracture, et tuméfaction énorme dans toute l'étendue de la jambe et du pied. Trois saignées générales, plusieurs sangsues, des applications refrigérantes, firent cesser le délire, calmèrent les convulsions et amendèrent l'état local. L'appareil fut placé le dix-septième jour après l'accident. Pour prévenir tout désordre, j'ordonnai le repos au lit; mais au bout de cinq jours, voyant que tout allait bien, j'engageai le malade à se lever, à marcher à l'aide de crosses; il ne voulut en rien faire avant le onzième jour. Il se décida alors; mais soit maladresse, soit accidentellement, il faillit chuter le lendemain; aussi renonça-t-il à ses crosses, ne voulant rien risquer, se contentant de rester assis sur un large fauteuil, la jambe placée sur un oreiller.

Ce cas se fit remarquer par l'absence de toute douleur à partir du jour de l'application de l'appareil; vers la fin du traitement, le malade, un

peu encouragé, quittait par moments son fauteuil en s'appuyant sur un bâton. Cependant, le bandage comprimant un peu trop la partie supérieure de la jambe, je fis plusieurs entailles; nous étions alors bien près du soixantième jour. A ce terme, la jambe fut découverte, et je puis sans exagération dire que l'œil et la main avaient de la peine à reconnaître le lieu de la fracture. A la fin du troisième mois, cet homme boitait encore un peu, tant le gonflement de la jambe et du cou-de-pied mit de temps à disparaître.

En voyant la bonne tournure que prenaient les choses et la docilité extrême du malade sur laquelle je comptais peu, je regrettai beaucoup de n'avoir pas fait usage des bandelettes de papier; c'eût été probablement un succès de plus à enregistrer et un encouragement à poursuivre.

J'avais donc raison de dire, il y a quelque temps, que l'appareil du docteur Lafargue l'emportait sur tous ses rivaux, et qu'en l'employant, le chirurgien se donnait les moyens de rendre la position du blessé aussi agréable que possible, d'arriver à de plus beaux résultats, s'épargnait beaucoup de soins et de peines, et combattait avec fruit les préjugés malheureusement répandus.

Il faut donc reconnaître que dans l'état actuel de la science, et pour les médecins de campagne surtout, l'appareil du docteur Lafargue est ce que nous avons de mieux. Je suis même disposé à croire que le papier peut avantageusement remplacer le linge. Moins timide que je l'ai été, j'en ferai l'essai à la première occasion.

Ma pratique ne m'a offert que ces quatre faits de fracture. Mais il faut noter que j'ai toujours eu lieu de me louer d'avoir calmé les accidents généraux et surtout locaux avant d'appliquer le bandage. L'époque la plus convenable pour l'application d'un appareil à fracture constitue une des questions les plus importantes de la chirurgie.

Je dois noter aussi, qu'une fois l'appareil levé, les malades ont boité plus ou moins longtemps, quoique la consolidation fût régulière et parfaite. Ceci tient à ce que le membre lésé ayant perdu de son énergie pendant le cours du traitement, la circulation sanguine et lymphatique s'y fait mal après, occasionne du gonflement, et par suite de la gêne dans les muscles et dans les articulations. Les bains alcalins du docteur Payan remédieraient peut être à tout cela.

Espezel, D. M.
à Esperaza (Aude).

TOXICOLOGIE.

RECHERCHES ET EXPÉRIENCES SUR LES CONTRE-POISONS DU SUBLIMÉ CORROSIF, DU PLOMB, DU CUIVRE ET DE L'ARSENIC.

(Suite.)

II. *Contre-poisons du cuivre.*

Plusieurs substances ont été indiquées comme pouvant servir de contre-poisons des préparations de cuivre.

Navier (*loco citato*) préconise les sulfures de potassium et de calcium ; mais ces substances sont loin d'être innocentes. On est forcé de les administrer avec précaution, et leur utilité devient alors équivoque. M. Drouard a tenté des expériences physiologiques qui montrent que les sulfures alcalins ou terreux ne sauraient être employés comme contre-poisons des sels de cuivre.

Le sucre a été préconisé par plusieurs médecins ; M. Orfila a prouvé la fausseté de leur assertion. (*Toxicologie*, troisième édition, tome I, page 540.)

L'albumine a été employée avec succès par M. Orfila pour combattre l'empoisonnement par les sels de cuivre. Il se forme encore là un composé albumineux insoluble, mais dont l'innocuité n'est pas absolue.

Plusieurs métaux opèrent promptement, sous l'influence d'acides faibles, la réduction des sels de cuivre solubles en cuivre métallique. Ils peuvent donc être employés comme contre-poisons. L'un de nous a rapporté dans son *Annuaire de Thérapeutique* pour 1842, que M. Dumas indique dans ses cours un électuaire formé avec du fer porphyrisé et du miel comme le meilleur antidote des sels de cuivre.

Le fer est conseillé pour le même cas dans le *Traité des Réactifs*, publié en 1830 par Gabriel Pelletan.

Si, au lieu d'employer du fer porphyrisé, on se sert de fer métallique réduit par l'hydrogène, la décomposition sous l'influence d'un acide faible est beaucoup plus rapide. Nous avons vérifié que cette substance peut être regardée comme un contre-poison aussi simple qu'efficace des sels de cuivre.

On obtient encore une réduction rapide des sels de cuivre solubles en mélangeant les limailles de fer et de zinc. Ce mélange peut donc encore être employé avantageusement pour combattre les empoisonnements par les sels de cuivre.

Enfin, si, au lieu de conseiller un sulfure soluble et vénéneux, on choisit encore le persulfure de fer hydraté dont nous avons indiqué précédemment la préparation, on n'a plus rien à craindre de la présence du contre-poison, et l'on obtient facilement la transformation des sels cuivriques solubles en sulfures de cuivre insolubles.

Les expériences suivantes nous paraissent suffisantes pour lever les doutes sur tous ces points.

Exp. I. Un chien de forte taille et extrêmement vigoureux mange dans un peu de viande grasse 1 gramme d'acétate de cuivre.

Immédiatement après, l'œsophage est lié.

Air triste, efforts répétés pour vomir. Grandes traînées d'écume qui sortent de la gueule. Puis le chien paraît de plus en plus malade, mais sans faire plus d'efforts de vomissements, et il meurt vingt-neuf heures après l'empoisonnement.

Nous trouvons dans l'estomac de la rougeur ponctuée en beaucoup de points du grand cul-de-sac. Là, la consistance de la membrane muqueuse n'est point altérée. Il y a seulement injection sanguine des tissus sous-muqueux et peut-être de la muqueuse. Nulle part érosion ni ecchymose. Vers le pylore, il se trouve une large tache d'un gris ardoisé et la muqueuse est ramollie.

Rien ailleurs.

Nous attribuons la tache grise à une inflammation chronique préexistante de l'estomac. Les rougeurs ponctuées du grand cul-de-sac nous semblent l'effet exclusif du poison.

Nous sommes en droit de conclure de ce fait qu'un gramme d'acétate de cuivre tue un chien très-vigoureux en vingt-neuf heures et peut laisser dans l'estomac des traces de son action.

Exp. II. 2 grammes d'acétate de cuivre furent donnés à un chien, mélangés avec de la viande. On lui fit prendre immédiatement 10 grammes de fer réduit par l'hydrogène, mêlés avec de la viande.

Il n'éprouva aucune incommodité de cette ingestion. Le soir et les jours suivants il mangea comme à son ordinaire.

Ce fait, quoique incomplet, à cause de la non-ligature de l'œsophage, prouve beaucoup en faveur du fer réduit par l'hydrogène.

Exp. III. Un mâtin assez fort a avalé dans un peu de viande 1 gramme d'acétate de cuivre. On lui fait prendre aussitôt, encore dans un peu de viande, une poudre composée de :

Limaille de zinc . . . . . . 2 grammes.
Poudre de fer . . . . 5 grammes.

L'œsophage est lié.

Le lendemain, ce chien paraît très-bien portant. On lui délie l'œsophage et on lui donne du bouillon ; il en boit dans la journée ; le matin, il avait bu de l'eau devant nous.

Les jours suivants, ce chien continue à se remettre; seulement quand il mange un peu de viande, il la revomit sur-le-champ en toussant, puis se remet à la manger et la garde.

C'est un état assez ordinaire des chiens à qui on a lié, puis délié l'œsophage.

En outre, celui-ci tousse beaucoup, surtout quand il se remue et saute pour nous caresser. Il se montre de plus en plus gai, et, au bout d'un mois, il finit par s'évader très-bien portant.

Ce fait démontre que le mélange de fer et de zinc indiqué plus haut peut empêcher sur un chien l'action toxique d'un gramme d'acétate de cuivre.

Exp. IV. Un chien de taille un peu au-dessous de la moyenne a mangé avec de la viande 1 gramme d'acétate de cuivre en poudre. Immédiatement, il a avalé, aussi avec de la viande, 7 grammes de poudre de fer porphyrisé.

L'œsophage a été lié.

Un quart d'heure après, il n'a encore montré aucune envie de vomir.

Ce chien est très-bien vivant vingt-quatre heures après l'opération. On lui délie l'œsophage. Aussitôt il fait quelques efforts pour vomir, dans lesquels il rend un peu de mucosités mousseuses incolores.

Le lendemain, il se montre bien portant. On lui donne du bouillon.

Les jours suivants, la plaie du cou va de mieux en mieux et le chien aussi. Au bout du cinquième jour, on le fait passer du bouillon à la soupe qu'il avale et digère bien.

Au quatorzième jour, la plaie du cou est presque guérie; quelquefois seulement l'animal vomit ce qu'il a pris et le remange, puis le garde.

Au vingt-sixième jour, on le chasse parfaitement guéri, excepté qu'il éprouve encore un peu de gêne pour la déglutition.

Ainsi, la poudre de fer seule a pu empêcher l'action vénéneuse d'un gramme d'acétate de cuivre.

Exp. V. Un chien robuste, de taille moyenne, avale dans de la viande 1 gramme d'acétate de cuivre, et immédiatement 6 grammes de poudre de zinc assez grossière.

On lui lie l'œsophage.

Il ne montre pendant un quart d'heure aucune envie de vomir.

Le lendemain matin, nous le trouvons tout à fait bien portant et nous lui délions l'œsophage.

Le troisième jour, il est dans le meilleur état possible et marche sans effort. On lui donne du bouillon.

Les jours suivants, il reste couché, triste et maussade. Si on lui parle, il remue la queue. Il boit bien son bouillon. Enfin il avale de la pâtée sans sortir de son apparente langueur, et finit par s'échapper le quatorzième jour après l'empoisonnement.

Ce fait prouve que la poudre de zinc peut arrêter sur un chien l'action vénéneuse d'un gramme d'acétate de cuivre.

La langueur de cet animal ne nous a paru dépendre que de son état de tristesse.

Exp. VI. Un chien de petite taille, mais vigoureux, refuse de manger, même de la viande, à cause de la terreur dont il est atteint. Alors, par une ouverture faite à l'œsophage, nous lui injectons dans l'estomac un mélange fait avec de l'eau, 1 gramme d'acétate de cuivre, et une cuillerée et demie de persulfure de fer hydraté et non séché.

Puis l'œsophage est lié.

Quinze minutes après, ce chien est fort abattu; mais il ne fait point d'effort appréciable pour vomir.

Le lendemain, il paraît assez bien portant, quoiqu'il se tienne couché. Il n'a ni vomi ni rendu d'écume.

On lui délie l'œsophage.

Le troisième jour, il se montre assez bien portant, et tente, devant nous, de se sauver en courant.

Néanmoins, il meurt dans la nuit du quatrième au cinquième jour après l'opération.

Nous trouvons que la trachée-artère est largement ouverte en arrière, et contient une grande quantité de spume sanguinolente, que la muqueuse stomacale est rose uniformément, très-plissée, de consistance normale et nullement ulcérée; qu'une couche très-mince de pus tapisse la plèvre des deux côtés.

Nous attribuons à l'asphyxie, dont le cœur nous a montré toute l'apparence, la mort de cet animal, et l'état de l'estomac ne nous paraît pas différent de ceux qui ont jeûné quelques jours.

Nous croyons donc que le persulfure de peroxyde de fer hydraté a ici empêché l'action vénéneuse de l'acétate de cuivre.

Exp. VII. Un chien jeune, très-grand et très-vigoureux, reçoit dans de la viande près d'un gramme d'acétate de cuivre. Il y en avait un gramme; mais pendant qu'il le mange, il semble tout à coup que la crainte dont il est saisi l'empêche d'avaler le tout; et une quantité fort petite du sel cuivreux est restée non avalée avec la viande. On la lave, pour injecter l'eau de lavage dans l'estomac, lorsque l'œsophage est ouvert. Par-dessus nous injectons 60 grammes du magma de persulfure de peroxyde de fer hydraté; puis l'œsophage est lié.

Le lendemain, ce chien est parfaitement bien portant; il est assez gai et vient nous flatter quand nous entrons dans le chenil.

On essaye inutilement de délier l'œsophage.

Les jours suivants ce chien ne fait aucun effort pour vomir; il paraît assez bien portant, mais triste.

Il meurt le sixième jour.

L'estomac offre une muqueuse très-plissée, rosée vers la grande courbure; mais d'ailleurs d'une consistance parfaitement normale. Point d'apparence d'ulcération, ni de pointillé, ni d'arborisation.

C'est l'estomac d'un animal qui a jeûné.

Ce fait prouve, ce nous semble, que le persulfure indiqué a enrayé

les propriétés de l'acétate de cuivre. Le chien n'est mort que dans le délai où succombent souvent ceux à qui on n'a fait que lier l'œsophage.

Exp. VIII. Un chien robuste, de grande taille de levrette, refuse, épouvanté, de manger de la viande frottée et imprégnée d'un gramme d'acétate de cuivre. On reprend cet acétate, et on le suspend dans quelques cuillerées d'eau, puis nous injectons cette solution par un trou fait à l'œsophage, qui est lié immédiatement.

Quarante minutes après, nous faisons passer par la même ouverture 60 grammes de magma de persulfure de peroxyde de fer hydraté; puis la ligature est rétablie.

Le lendemain ce chien est trouvé assez bien portant pour la double opération qu'il a subie. Il ne présente pas les signes d'un empoisonnement irritant.

Les jours suivants il ne se montre que triste, et s'affaiblit.

Au commencement du cinquième jour il est mort.

L'estomac, contracté, présente une muqueuse très-plissée, rosée comme par imbibition vers la grande courbure; d'ailleurs point de rougeur ponctuée ni arborisée; point d'ulcération; consistance normale.

Il nous paraît résulter de ce fait que le persulfure de peroxyde de fer hydraté, administré quarante minutes après le poison, en arrête encore les effets, quand ce poison n'est que de l'acétate de cuivre.

III. *Contre-poisons des sels de plomb.*

L'influence des préparations de plomb agissant d'une façon continue sur l'économie animale est trop généralement connue pour que nous pensions qu'il soit utile de la rappeler ici. Nous allons nous borner à cette question : Quel est le contre-poison des préparations de plomb prises en quantité suffisante pour déterminer un empoisonnement immédiat ?

Navier indique les sulfures alcalins comme antidotes de ces composés. M. Orfila fait observer qu'une des principales qualités des contre-poisons est de pouvoir être administrés à grandes doses sans inconvénient. Il s'ensuit que les sulfures alcalins doivent être rejetés et remplacés par les sulfates de soude et de magnésie.

Le persulfure de fer hydraté transforme les sels de plomb solubles en sulfure de plomb. Il peut sans danger être administré en grande quantité. Nous avions donc résolu de faire des expériences physiologiques avec ce composé; mais nous avons dû commencer par administrer le poison seul pour en obtenir les effets.

Exp. I. Un chien vigoureux, d'une taille moyenne, a avalé avec un peu de viande 5 grammes d'acétate de plomb. Immédiatement après l'œsophage a été lié.

Ce chien n'a pas paru souffrir autrement que de l'opération.

Au bout de deux jours et demi, l'œsophage a été délié, et malgé cela le chien n'a pu prendre qu'un peu de bouillon chaque jour, encore ce bouillon provoquait-il de grands efforts de déglutition et de vomissements.

Au quinzième jour après la première opération, l'animal est mort dans un très-grand état de maigreur et d'épuisement.

Ce fait prouve que 5 grammes d'acétate de plomb avalés ne suffisent pas pour empoisonner un chien de moyenne taille, et nous oblige à renoncer à l'étude que nous voulions faire sur ces animaux de l'action des contre-poisons relativement aux sels de plomb que nous désirions surtout soumettre au contact du persulfure de fer.

Dans un dernier article, nous nous occuperons des contre-poisons de l'acide arsénieux.

Bouchardat, S. Sandras.

CHIMIE ET PHARMACIE.

SUR LES APOZÈMES.

Déjà dans un article publié, il y a bientôt un an, dans le *Bulletin de Thérapeutique*, tome XXIII, page 286, nous avons rappelé quelques-unes des règles principales à suivre dans la préparation des tisanes simples, ou boissons ordinaires des malades. Aujourd'hui, pour terminer ce qui nous reste à dire sur ce genre de médicaments, nous allons nous occuper des tisanes composées ou *apozèmes,* et en particulier de celles de Feltz, de Vinache, de Zittmann, de Vigaroux, de Pollini, encore employées dans certains hôpitaux de Paris, comme Saint-Louis, le Midi et Lourcine, contre les affections syphilitiques ou cutanées, anciennes et rebelles. Nous donnerons la définition et le mode de préparation de l'apozème; nous dirons ce qui se passe pendant et après les diverses opérations pharmaceutiques auxquelles on a recours pour faire une tisane composée; nous signalerons les altérations éprouvées par les composants pendant lesdites opérations; puis, comme fin et comme but de notre travail, nous essayerons de fixer les praticiens sur la valeur et l'opportunité de semblables médicaments.

L'apozème est un liquide aqueux beaucoup plus chargé de principes médicamenteux que la tisane. De même que cette dernière, il se prépare par décoction, macération, infusion, digestion et solution, selon la nature physique et chimique des composants.

L'apozème est beaucoup plus actif que la tisane; son volume est moitié moins considérable. Il s'administre par tasses, dans la journée, à des heures prescrites par le médecin. Son aspect est toujours assez coloré et désagréable; en raison des matières nombreuses qu'il tient en solution ou en suspension, sa consistance est presque laiteuse; son odeur et sa saveur participent de l'odeur et de la saveur des composants, à moins que, comme on le verra dans les exemples que nous avons choisis, les principes élémentaires de ceux-ci ne se détruisent en réagissant les uns sur les autres; sa transparence est rarement complète; enfin, pendant sa durée, qui est de vingt-quatre heures, comme pour les tisanes, il fournit constamment, malgré la colature qu'il a subie, un dépôt plus ou moins considérable. Ce dépôt formé, d'une part, par les matières extractives amylacées ou résineuses des végétaux entrant dans la composition de l'apozème, de l'autre, par les substances salines ou métalliques qui y ont été ajoutées, fait déjà pressentir le dégoût éprouvé par les malades, et la perte de quelques-uns des principes actifs.

Des quatre opérations pharmaceutiques auxquelles on a recours pour composer un apozème, une seule, la décoction, nous occupera, les autres ne contribuant en rien d'ailleurs aux altérations que nous devons signaler, et qui nous viendront en aide pour prouver que les tisanes composées ne sont plus de notre époque; que des médicaments beaucoup plus simples, tout aussi certains, pour ne pas dire plus, dans leurs effets, doivent définitivement leur être préférés. Prenons des exemples, afin d'être plus net et plus précis, et d'abord la tisane de Feltz. Cette tisane se fait avec de la salsepareille, de la colle de poisson, du sulfure d'antimoine, dans des proportions que nous n'indiquerons pas ici, bien connues qu'elles sont de tous les praticiens, et de l'eau; la salsepareille, préalablement lavée, fendue et coupée, doit bouillir à peu près quatre ou cinq quarts d'heure avec la colle de poisson et le sulfure métallique : celui-ci doit être enfermé dans un nouet de linge, il doit de plus, selon quelques-uns, être débarrassé du sulfure d'arsenic qu'il contient par un lavage dans de l'eau pure; selon d'autres, ce sulfure arsenical doit rester uni au sulfure d'antimoine si l'on veut que la tisane ait quelques propriétés. Nous ne ferons que deux observations à ce sujet; les voici : d'abord le sulfure d'antimoine ne contient pas toujours du sulfure d'arsenic; le lavage recommandé est donc quelquefois inutile; puis, le sulfure d'antimoine n'ayant pas toujours été essayé, on a dû avoir des préparations tantôt arsenicales, tantôt non arsenicales. Mais arrivons à la décoction subie par la salsepareille, et constatons, avec tous les pharmacologistes, que cette racine ainsi traitée ne fournit qu'un produit savonneux d'une odeur peu prononcée, d'une saveur fade; que, par l'in-

fusion, au contraire, ou mieux par la digestion, on a une liqueur odorante et sapide. Ajoutons ensuite que la colle de poisson dissoute dans la masse donne à celle-ci, déjà chargée d'amidon, une consistance laiteuse, une odeur et une saveur fades, un aspect sale tout à fait désagréable. Aussi, combien peu de malades boivent de pareilles drogues! Quant au sulfure d'antimoine, lavé ou non, quelle vertu médicinale ajoute-t-il à la tisane de Feltz comme à toute celles dont il fait partie? Aucune, suivant nous, quand le sulfure a été lavé ou qu'il ne contient point d'arsenic. Nous appuyons notre dire et sur la saveur nulle du médicament en question, et sur l'insuccès des recherches chimiques auxquelles nous nous sommes livré pour découvrir la présence d'un composé antimonial quelconque, soit dans la tisane de Feltz elle-même, soit dans les 50 à 60 grammes de dépôt qu'elle fournit ordinairement par litre dans les vingt-quatre heures.

La tisane de Zittmann, faite avec la salsepareille, le calomel, le sucre d'alun, le cinabre, la racine de réglisse, le séné, l'anis et le fenouil, présente les mêmes observations que ci-dessus. C'est un liquide (le n° 1) un peu transparent, d'un brun jaunâtre, d'une odeur aromatique, d'une saveur légèrement amère et nauséeuse (celle du séné), donnant, dans les vingt-quatre heures, 10 à 15 grammes de dépôt dans lequel nous n'avons trouvé aucune trace de mercure. Le n° 2 est plus transparent, un peu moins coloré, mais son odeur et sa saveur sont plus prononcées. Dans son dépôt, plus considérable (20 à 25 grammes) nous avons constaté la présence du mercure.

Dans la tisane de Vigaroux, préparée avec la salsepareille, la noix fraîche, le gaïac, la squine, l'aristoloche longue et ronde, le jalap, le polypode de chêne, le sulfure d'antimoine lavé, la crème de tartre, le séné, le sassafras, l'iris, l'anis, l'eau et le vin blanc, nous n'avons pu constater, dans le dépôt abondant (20 grammes en vingt-quatre heures) et brun noirâtre, formé d'amidon et de matières amilacées, que la présence d'un peu de potasse provenant en grande partie de la crème de tartre et du vin. Du reste, cette tisane, comme les précédentes, est peu sapide, assez claire, d'un brun jaunâtre, et d'une odeur de sassafras.

Enfin la tisane de Pollini, véritable encre à écrire par sa consistance, sa non-transparence et sa couleur noire, est inodore, légèrement âcre. Préparée avec le brou de noix sec, le sulfure d'antimoine lavé, la pierre ponce, la squine et la salsepareille, peu des principes actifs fournis par la salsepareille et la squine doivent échapper à l'action neutralisante du tannin contenu dans le brou de noix.

De ce que nous venons de dire, il résulte :

1° Que les tisanes de Feltz, de Zittmann, de Vigaroux, de Pollini,

sont des médicaments défectueux, indignes par leur composition de figurer parmi les recettes ou formules de la médecine pratique actuelle;

2° Que leur mode de préparation est également défectueux ; car il est en opposition avec les règles de la chimie pharmaceutique, science qui veut que les agents fournis par la nature à l'art de guérir soient soumis à des opérations rationnelles pour devenir des médicaments;

3° Que leur usage doit être abandonné, puisque leur mode de préparation est mauvais, qu'il donne des médicaments insipides, nuls par conséquent, la sapidité étant en général le cachet des agents thérapeutiques actifs ou efficaces;

4° Que leur réputation est usurpée;

5° Que les cures obtenues avec leur usage doivent plutôt être attribuées aux médications qui les ont accompagnées, au temps, au régime, à l'hygiène, qu'aux tisanes elles-mêmes;

6° Enfin, qu'on les remplacerait avantageusement, la première (*tisane de Feltz*) par une tisane de salsepareille plus ou moins concentrée, préparée par digestion au bain-marie, et additionnée d'une faible préparation d'arséniate de soude, comme le conseille le docteur Rayer; la seconde (*tisane de Zittmann*) par une tisane semblable à la précédente, à laquelle on ajouterait une quantité déterminée de bichlorure de mercure; la troisième (*tisane de Vigaroux*) encore par une tisane de salsepareille préparée par longue digestion et rendue plus active par l'addition d'un composé chimique approprié à la nature de l'affection qu'on aurait à traiter; la quatrième enfin (*tisane de Pollini*), par l'une des trois précédentes, selon le cas pathologique donné.

F. Foy.

NOTE SUR LA SANTONINE.

La santonine est un principe *sui generis* se rapprochant jusqu'à un certain point des huiles volatiles concrètes ou *stéaroptènes*, découvert à peu près à la même époque par Kahler et Alms, et étudié par Trommsdorff le jeune. La santonine existe dans plusieurs espèces du genre *artemisia*, et notamment dans celles qui produisent les sommités fleuries désignées dans le commerce de la droguerie sous le nom de *semen-contra*.

Les propriétés chimiques de cette substance sont assez remarquables: elle se présente en cristaux brillants, qui sont des tables quadrilatères allongées; elle est inodore et presque insipide, ce qui tient à son peu de solubilité dans l'eau, ce véhicule n'en dissolvant, à froid, que la

cinq-millième partie de son poids; ce qui prouve qu'il en est ainsi, c'est que sa dissolution alcoolique offre une amertume franche très-prononcée.

La santonine est neutre aux papiers réactifs; cependant elle peut s'unir aux bases, à la matière des acides, et donner naissance à des sels dont plusieurs sont solubles et cristallisables.

Les propriétés éminemment vermifuges du semen-contra sont-elles dues à la santonine ou bien à l'huile volatile que cette substance renferme?

La santonine a, dit-on, des propriétés vermifuges très-prononcées à la dose de 30 à 40 centigrammes. Mais, d'après M. Soubeiran, cette propriété appartient plus certainement encore à l'huile essentielle de semen-contra. Suivant M. Calloud père (d'Annecy), à l'obligeance duquel je dois les renseignements qui vont suivre, la santonine a une spécialité mortelle pour les lombrics. Ce pharmacien distingué assure l'avoir administrée à des centaines d'enfants avec un succès tel, que les résultats obtenus ont de beaucoup dépassé ses espérances.

M. Calloud affirme, en outre, qu'ayant délivré cette substance à un grand nombre de collègues, de médecins et de pères de famille, tous, d'un commun accord, se sont empressés de lui témoigner leur reconnaissance pour les heureux effets qu'ils en avaient obtenus.

Si, comme je suis on ne peut plus porté à le croire, les assertions de mon estimable confrère ne sont point exagérées, la santonine constitue, sans aucun doute, un agent médical appelé à rendre de véritables services à la thérapeutique des enfants : étant presque insipide, elle sera généralement préférée à l'huile volatile de semen-contra, dont l'âcreté est telle que peu d'enfants peuvent la supporter.

Mais, dira-t-on, puisque ce stéaroptène n'a pas de saveur marquée, qu'il n'est presque pas soluble dans l'eau, comment se fait-il donc qu'il puisse avoir sur les lombrics une action délétère aussi marquée?

Rien n'est plus aisé que de répondre à cette question : la santonine est, il est vrai, à peu près insoluble dans l'eau, mais elle acquiert le pouvoir de s'y dissoudre en toutes proportions à l'aide des alcalis; or, le liquide contenu dans la partie du tube intestinal où siégent d'ordinaire les parasites en question, offre une réaction alcaline très-marquée; ce qui fait qu'il est susceptible de rendre cette substance soluble, et par conséquent sapide et active.

Je ferai même remarquer que la propriété que possède la santonine de n'être soluble et absorbable que dans la partie inférieure du canal alimentaire, rend son efficacité plus certaine. Je dirai plus, tout bon agent anthelmintique doit nécessairement appartenir à la classe des

corps qui ne sont que peu ou point absorbables dans l'estomac. Veut-on savoir, par exemple, pourquoi quelques centigrammes de calomel constituent un vermifuge incomparablement plus certain dans ses effets que ne le serait une quantité de sublimé corrosif égale à celle qui résulte de la transformation partielle du protochlorure de mercure en bichlorure sous l'influence des chlorures alcalins que nos humeurs renferment? C'est qu'une faible dose de sublimé administré en nature est absorbée dans les premières voies, tandis que la transformation partielle du calomel en sublimé a lieu dans toutes les parties du tube digestif, ce qui donne au poison la possibilité d'atteindre les vers intestinaux en quelque endroit du canal qu'ils se trouvent placés.

Bien que la santonine ait si peu de goût que la plupart des chimistes la considèrent comme étant insipide, néanmoins M. Calloud a remarqué qu'il fallait l'associer à 40 ou 44 parties de sucre pour la pouvoir faire prendre aisément aux enfants. Voici la formule qui lui a paru la plus convenable :

Tablettes de santonine.

Prenez :	Santonine pulvérisée	4 grammes.
	Sucre blanc pulvérisé	150
	Gomme adragant pulvérisée	2

F. S. A. 144 tablettes.

M. Calloud a omis d'indiquer le nombre de pastilles qu'il faut administrer aux enfants, mais on peut facilement obvier à cet oubli en se rappelant que la dose à laquelle il convient de prescrire la santonine est de 30 à 50 centigrammes par jour, et que chaque tablette contient 2 centigrammes et demi de matière active.

Extraction de la santonine.

M. Calloud ayant mis en pratique les divers procédés indiqués jusqu'ici pour l'obtention de la santonine, a été conduit à adopter le suivant, qui lui appartient en partie :

On prend 30 kilogrammes de semen-contra que l'on place dans une grande chaudière avec quantité suffisante d'eau, et l'on chauffe ; lorsque l'ébullition a lieu, on ajoute du lait de chaux en quantité suffisante pour saturer la santonine et fixer en même temps la majeure partie de la matière colorante. On soumet ensuite le produit à l'action de la presse, on remet le marc dans la chaudière, on l'épuise par une nouvelle dose d'eau chaude; on exprime de nouveau, on réunit les décoctions, on

laisse déposer, on décante, on évapore dans une très-large bassine, et, à un certain degré de concentration, on clarifie et on passe au blanchet. Cela fait, on remet la liqueur sur le feu, on l'évapore de nouveau convenablement, puis on la verse dans une vaste terrine de grès, et on ajoute un léger excès d'acide hydrochlorique. Après vingt-quatre heures de repos, on trouve la santonine plus ou moins pure. Au moyen de l'alcool faible, on la lave pour entraîner la majeure partie de la matière grasse résinoïde; on exprime le dépôt, on le traite par l'alcool bouillant et par le charbon, et on fait cristalliser.

L'hydrochlorate acide de chaux, après vingt-quatre heures de repos, tient encore en suspension une certaine quantité de santonine; aussi faut-il le laisser déposer plus longtemps, et si la concentration n'avait pas été assez prolongée, il faut saturer l'excès d'acide par un peu de lait de chaux, et évaporer de nouveau.

Le procédé d'extraction de la santonine, tel qu'il vient d'être décrit, est certes exécutable, ainsi que je m'en suis expérimentalement convaincu; mais il pèche par un défaut de précision dans l'exposé des détails; aussi suis-je actuellement en train de répéter les divers modes d'obtention indiqués jusqu'ici, afin d'être à même de le régulariser, bien persuadé que ce précieux stéaroptène ne tardera pas à entrer décidément dans le domaine de la thérapeutique.

MIALHE.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de toxicologie, par M. ORFILA, *doyen et professeur de la Faculté de médecine de Paris, membre du conseil royal de l'instruction publique, du conseil municipal de la ville de Paris, du conseil général des hospices, du conseil académique, commandeur de la Légion-d'Honneur, membre de l'Académie royale de médecine, etc., etc.* 4e édition, revue, corrigée et augmentée, avec une planche.

Des questions de la plus haute importance, et auxquelles se rattachent les intérêts les plus élevés de l'ordre social, ont été soulevées dans ces derniers temps en toxicologie. M. le professeur Orfila, qui a concouru si puissamment à l'édification de cette science par des travaux qui ont mis son nom à la tête de tous les médecins légistes de l'Europe, a pris la part la plus active à ces discussions. La quatrième édition du *Traité*

de toxicologie, qu'il publie aujourd'hui, a pour but de mettre cet ouvrage, dont la fortune est européenne, au niveau des derniers progrès de la science. Nous devons d'autant plus applaudir à la pensée qui a ici inspiré le savant doyen de la Faculté de médecine de Paris, que les discussions auxquelles nous faisions allusion tout à l'heure ont pu jeter du doute dans les esprits et ont semblé tout d'abord ébranler les bases d'une science qui a une si haute portée sociale. Nul, par l'autorité de son nom comme par l'importance réelle de ses travaux spéciaux, n'était en mesure aussi bien que M. Orfila de dissiper les incertitudes que quelques esprits solides n'avaient plus craint déjà d'exprimer hautement.

Nous avons dit la haute réputation que les premières éditions du *Traité de toxicologie* ont conquise en Europe à ce savant ouvrage; nous n'aurons donc point à examiner dans son ensemble cet important travail, qui se trouve entre les mains de tout le monde; nous devons nous borner à indiquer les principaux changements que présente la dernière édition, dont il s'agit en ce moment.

Nous devons le dire tout d'abord, ces changements ne consistent point en de simples annotations ou de pures relations de faits nouveaux qui peuvent offrir un intérêt réel, mais qui en somme laissent la science où elles la prennent: les recherches laborieuses auxquelles M. Orfila s'est livré dans ces derniers temps, les résultats importants auxquels il est parvenu en suivant cette nouvelle direction, et qu'il a consignés dans la nouvelle édition de son *Traité de toxicologie*, donnent à cet ouvrage un caractère profondément original. Jusque-là les toxicologistes s'étaient bornés à rechercher la présence des poisons à la surface des organes dans lesquels ceux-ci avaient été ingérés, ou dans les matières rejetées au dehors par ces organes offensés du contact de l'agent toxique: or, des cas assez nombreux se rencontrent où tout démontre qu'un empoisonnement a eu lieu, et dans lesquels cependant le poison ne peut être découvert ni à la surface du tube digestif, ni dans les matières vomies, ni dans les selles. Des expériences directes, nombreuses, faites sur les animaux vivants, conduisent aux mêmes résultats. Dans ces deux cas, la raison de ce fait est simple, c'est que l'agent toxique a été en partie éliminé par divers émonctoires de l'économie, et en partie absorbé. Là est le point capital de la nouvelle doctrine toxicologique que M. Orfila développe aujourd'hui avec un admirable talent. Rien ne prévaudra contre cette vérité, désormais acquise à la science; quelque réfractaires que soient les organes vivants à l'action de la plupart des agents toxiques, ceux-ci sont absorbés en quantité variable, et demeurent pendant un certain temps au sein des tissus. On comprend de suite la portée immense d'un fait si grave au double point de vue de la

science et de la loi. Il nous aura suffi d'indiquer cette conception, dont les expériences les plus nombreuses et les plus authentiques confirment la vérité, pour que l'on comprenne que la médecine légale est placée immédiatement par là sous un jour nouveau. A ce point de doctrine se rattache une question qui en détermine la valeur pratique. Cette question est celle qui est relative à la quantité de la matière toxique suffisante pour légitimer une affirmation explicite dans un cas d'empoisonnement. C'est sur cette question que se sont portés les efforts des adversaires de cette conception nouvelle. On a dit que la quantité de poison trouvée au moyen des réactifs en de pareilles circonstances était trop minime pour qu'elle pût servir de base à une affirmation formelle devant les tribunaux. Tout le monde se rappelle que dans le procès de madame Lafarge c'est de cette circonstance qu'on a essayé d'arguer pour contester les conclusions de M. Orfila lui-même. Pour nous, il nous semble que ces objections sont sans fondement, et s'évanouissent devant la lumineuse argumentation de cet auteur. Quoi qu'il en soit de notre jugement à cet égard, c'est là, c'est dans le livre du doyen de la Faculté de médecine, qu'il faut étudier cette question; on ne peut se prononcer ici d'une manière compétente, qu'après s'être assimilé les enseignements lumineux consignés dans cet ouvrage.

Enfin M. Orfila s'est occupé aussi d'une manière suivie de la question de la thérapeutique de l'empoisonnement. « Convaincu par des expériences nombreuses, dit-il à cet sujet, que les animaux empoisonnés se débarrassent, surtout par la sécrétion urinaire, de la portion du toxique absorbé, j'ai vu ces animaux guérir facilement toutes les fois que l'on parvenait à les faire uriner abondamment par le moyen de diurétiques administrés en temps opportun, et que l'on avait eu soin d'expulser des premières voies l'excédant du poison. » Le *Traité de toxicologie*, où une question si importante se trouve largement étudiée, se recommande encore davantage par là à l'attention sérieuse des médecins.

Pour finir en un mot, le nouveau *Traité de toxicologie* de M. Orfila est un ouvrage qui ne peut manquer d'ajouter à la gloire de son auteur, parce qu'il recule évidemment les bornes de la science.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

SUR LES EFFETS LOCAUX DÉTERMINÉS SUR LA BOUCHE, LE PHARYNX ET L'ŒSOPHAGE, PAR LE TARTRE STIBIÉ.

Toutes les conséquences de l'administration du tartre stibié, connues de moi, bonnes ou mauvaises, heureuses ou malheureuses dans leurs résultats, ont été consignées dans le Mémoire qui a été honoré du second prix au dernier concours ouvert par le *Bulletin de Thérapeutique*.

Dans un des chapitres de ce travail, j'appelais l'attention sur un ordre d'accidents qui, sans être de nature à faire rejeter la médication intérieure par l'émétique, commandent au médecin qui y a recours une sage réserve et de minutieuses précautions : je veux parler des effets du tartre stibié sur les organes supérieurs de la digestion. Revenir sur ce sujet en prenant pour base ce que j'avais dit dans mon Mémoire, sera une chose utile; car le tartre stibié est aussi largement employé que jamais dans un certain nombre d'affections, et les lésions dont il est question ne sont pas rapportées quelquefois à leur cause réelle.

Les lésions que le tartre stibié peut produire sur la muqueuse de la bouche, du pharynx et de l'œsophage offrent des différences notables, et nous les diviserons en cinq groupes.

PREMIER GROUPE. *Simple lésion de la sensibilité.* — Cette classe est constituée par l'accident très-léger d'une douleur, d'une sensation de grattement ou de chaleur, survenant à la bouche ou à la gorge, chez les sujets qui ont ingéré une certaine quantité d'émétique. Plusieurs exemples, observés par moi à l'Hôtel-Dieu de Nantes, seront consignés à la fin de cet article.

DEUXIÈME GROUPE. *Angine et stomatite érythémateuses.* — Le développement de cette angine et de cette stomatite, après l'emploi de l'émétique à l'intérieur, a été noté plusieurs fois par les auteurs, et particulièrement par M. Rayer (*Dict. de médecine et de chirurgie pratiques*), qui la regarde comme plus commune que l'éruption pustuleuse. On est quelquefois averti de son existence par la répugnance des malades à prendre de nouvelles doses de médicament. C'est probablement cette forme de stomatite qui a été observée par M. Archambault Reverdy (*Constit. méd. de Toulouse*) dans trois cas de rhumatismes guéris par le tartre stibié. Dans ces cas, on remarqua une vive irritation de l'arrière-bouche, avec difficulté dans la déglutition. Cet accident parut

du reste fort peu grave à M. Archambault, qui l'enraya toujours facilement avec des lotions émollientes, et au moyen de l'acétate de plomb convenablement étendu.

C'est encore la même lésion qu'on trouve chez un malade de M. Picard (Voir la *Gazette Médicale*, 1833, p. 166). Depuis quarante-huit heures, ce malade était sous l'influence de l'émétique, lorsqu'il offrit les symptômes suivants : difficulté de la déglutition; sentiment de feu insupportable dans la gorge; gonflement des amygdales et rougeur vive de toute la muqueuse de l'arrière-bouche; sentiment de brûlure au contact de tout liquide ingéré. Après trois jours de suspension, on reprend l'emploi du tartre stibié. Le lendemain, néanmoins, l'inflammation des amygdales est entièrement dissipée.

Cette angine, observée aussi par M. Patin, et dont je présenterai quelques exemples, n'est point grave, quand elle existe seule; elle se combine quelquefois avec les formes plus graves et plus spécifiques que nous allons actuellement étudier.

Troisième groupe. *Salivation antimoniale.*—M. Rueff (*Medicinische annalen*), dans un Mémoire dont la *Gazette médicale* (1836, p. 506) donne une analyse, décrit, sous ce nom, un ensemble de phénomènes dont quelques-uns se rapportent à l'éruption pustuleuse qui sera décrite plus tard, mais dont les autres s'en distinguent assez pour constituer une forme spéciale.

« Le deuxième ou le troisième jour de l'administration du tartre stibié, dit M. Rueff, la langue, quel que soit son degré de sécheresse, devient rugueuse et brune, et s'humecte en se couvrant d'un enduit floconneux et visqueux; elle devient en même temps épaisse et difficile à mouvoir. Les dents laissent leurs impressions sur les côtés de la langue, et y déterminent des ulcérations analogues à celles que produit la salivation mercurielle. L'arrière-bouche se tapisse également de gros flocons muqueux. Expuition continuelle; enrouement; raucité de la voix.

« A la surface de la langue, et surtout à la pointe, il se forme de petits ulcères ronds, à bords lardacés, variant, pour la grandeur, depuis celle d'une lentille jusqu'à celle d'une pièce de 50 centimes. Ces ulcères, fort douloureux, se cicatrisent promptement, quand on suspend l'administration du remède. Chez quelques malades, le gonflement de la langue et des diverses parties de l'arrière-bouche est tel, que le malade parle en bégayant. »

Ces accidents, à l'ensemble desquels M. Rueff donne le nom de salivation antimoniale, supposant que les autres antimoniaux sont, comme le tartre stibié, aptes à les produire, ne sont pas graves, suivant cet auteur. Lorsqu'on cesse l'administration de l'émétique pendant quelques

jours seulement, la sécrétion buccale diminue, la langue devient rouge, lisse, et se recouvre d'un nouvel épithélium très-tendre et d'une sécheresse remarquable.

Une salivation semblable a été observée par M. Jackson et par M. E. Griffith (*Americal journal*), par le docteur Rittcker (*Dublin Journal*, n° 11), par MM. Trousseau et Pidoux (*Traité de mat. médic. et de thérap.*), qui donnent à cet état le nom de *saturation antimoniale*.

Quand cette saturation a lieu, il est prudent de suspendre la médication; car, au dire des auteurs cités, elle peut être le prélude d'affections abdominales graves.

L'augmentation de la sécrétion salivaire a aussi été notée par le docteur James et par M. Gimelle.

Quatrième groupe. *Dépôt de produits caséeux ou pseudo-membraneux sur la muqueuse bucco-pharyngienne.* — Une nouvelle forme de stomatite et d'angine a été observée à la suite de l'emploi intérieur du tartre stibié. L'existence de produits pseudo-membraneux ou caséeux en constitue le principal caractère. Je réunis ici deux formes un peu différentes pour ne pas multiplier les divisions.

Dans la XIII[e] observation d'un Mémoire de M. Bricheteau (*Archives de médecine*, t. XXX, 1832), on trouve, à la nécropsie, les lésions suivantes : bouche, pharynx, arrière-bouche, langue, recouverts d'une fausse membrane molle, blanche, non continue; rougeur de la muqueuse sous-jacente. Le médicament avait été médiocrement toléré.

Plusieurs des malades observés par M. Danvin (*Journal hebdom.*, 1830) à l'hôpital de la Pitié, service de M. Louis, furent atteints d'angines couenneuses.

M. Danvin, non prévenu de l'existence de ces couennes dans d'autres cas d'administration de l'émétique, les regarda comme liées au mouvement fébrile, et ne leur attribua qu'un lien de coïncidence avec la médication employée.

MM. Filassier, Levrat-Perrotin, et plusieurs autres auteurs, ont trouvé des faits analogues; mais généralement, dans ces cas, l'altération indiquée coexistait avec une autre sorte d'angine et de stomatite plus commune, plus spécifique encore de la médication stibiée dont je vais actuellement parler, remettant à un autre lieu, pour ce groupe comme pour les autres, les faits personnels que je pourrais joindre à ceux des auteurs cités.

Cinquième groupe. *Forme pustuleuse ou aphtheuse.* — En 1827, dans deux thèses passées à Paris par MM. Gauché et Brant, sous les n[os] 144 et 210, il est fait mention d'angines pustuleuses survenues

pendant le cours de la médication stibiée. Dans un cas, une semblable éruption existait aussi dans l'intestin. Il sera question de celle-ci plus tard.

M. Danvin, cité plus haut pour des observations d'exsudations couenneuses survenues pendant la médication stibiée, observa dans le même temps (1830) des angines pustuleuses également développées pendant la durée du traitement, qu'il regarda aussi comme de simples coïncidences. Il est à regretter que l'auteur ait négligé de faire connaître la nécropsie d'un individu qui, guéri d'une pneumonie, succomba à une angine en récidive compliquée d'érisypèle à la face.

Dans le *Journal d'Hufeland* (1831), on trouve un fait du même genre, appartenant au docteur Busedow.

A la suite de l'ingestion de 60 centigrammes d'émétique seulement, on vit paraître sur les lèvres, la langue, le palais, une éruption de pustules tout à fait analogues à celles que déterminent sur la peau les frictions avec la pommade d'Authenrieth. La guérison de cet accident se fit longtemps attendre.

Dans la *Gazette médicale* (1832, nº 126), nouveau fait fourni par M. le professeur Andral. Il s'agit d'une femme qui succomba à une pneumonie après avoir pris trois potions contenant 30, 40, 50 centigr. d'émétique. On reconnut, à la nécropsie, que la muqueuse de l'œsophage, saine dans ses deux tiers supérieurs, offrait dans le tiers inférieur sept à huit pustules affaissées et ulcérées au sommet, contenant une matière grumeleuse, blanchâtre, ayant le volume des pustules varioliques, ressemblant un peu à des aphthes. Disons, en passant, qu'on trouva aussi des pustules dans l'intestin grêle.

Le rédacteur de la *Gazette*, à propos du fait précédent, se demande si la dysphagie, observée antérieurement à la médication, était le symptôme d'une lésion préexistante de l'œsophage. La grande ressemblance de l'altération observée dans cet organe, avec l'éruption que donnent sur la peau les frictions stibiées, suffit-elle pour établir entre elles l'analogie d'origine? L'auteur de l'article ne se prononce pas et attend de nouveaux faits.

M. Andral a plus tard rencontré de nouveau la même lésion, et n'a pas hésité à l'attribuer au tartre stibié.

Plusieurs observations, publiées par M. Luroth (*Mémoire sur les effets du tartre stibié*), par M. Cordoin (*Gaz. méd.*), par M. Puntous (*Revue méd.*, t. III, 1834), fournissent de nouveaux exemples d'éruptions pustuleuses développées dans la partie supérieure de l'appareil digestif, sous l'influence de l'émétique.

Un résumé de la clinique de M. Chomel, portant sur cinquante obser-

vations de pneumonie, est inséré dans le *Journal hebdom.* (t. III, 1836). Chez deux sujets qui, pendant l'administration de l'émétique (la quantité totale du médicament ayant été de 60 centigrammes), avaient accusé une gêne notable de la déglutition, on trouva, à l'autopsie, de nombreuses ulcérations, du volume d'une très-petite tête d'épingle, très-superficielles, siégeant à la partie postérieure du pharynx, avec une exsudation muqueuse, blanchâtre sur les parties voisines.

Si on compare cette lésion à celle trouvée par M. Andral, qui consistait en pustules ulcérées au sommet, on sera porté à considérer les petites ulcérations observées par M. Chomel comme consécutives à des pustules du même genre, et à les classer dans le même groupe.

On trouve l'exposition d'une altération analogue dans un fait extrait par le docteur Strambie de la clinique de Rasori, ainsi que dans une observation publiée par M. Marius de Procé, alors professeur de clinique à l'École de médecine de Nantes (*Journal de la sect. de méd. de Nantes*, 1838).

Il faut encore rapprocher de ces faits et de leurs autres analogues, que je rapporterai avec détails à la fin de ce Mémoire, l'assertion de M. Rayer (*Dict. de méd. et de chir. prat.*), qui a vu, à la suite de l'emploi de l'émétique, se développer des angines, le plus souvent érythémateuses, mais aussi quelquefois pustuleuses, et celle de M. James, qui a vu six fois la médication en question suivie de salivation, avec éruption d'aphthes dans la bouche.

Jusqu'à présent, nous avons vu les pustules de la muqueuse buccopharyngienne, de même que les autres formes de stomatite et d'angine, s'établir sous l'influence directe de l'émétique ingéré : quelques faits portent à penser que cette action immédiate n'est pas nécessaire, et que l'émétique, absorbé sur une autre surface, peut déterminer l'éruption dont il est question. Une observation, empruntée au *Bull. de Thérap.* (t. XII, p. 35, 1833), peut du moins servir à appuyer cette opinion. Il s'agit d'une jeune fille qui succomba à l'hôpital Necker, offrant une large escharre, au lieu d'application d'un emplâtre stibié. La mort eut lieu à la suite d'une fièvre ardente, avec développement d'aphthes dans la bouche, et gonflement des parotides. A la nécropsie, on trouva l'intérieur de la bouche tapissé d'une éruption aphtheuse considérable.

Je n'insisterai pas davantage sur ce fait, dont l'explication touche à une question qui sera traitée plus tard.

Des faits contenus dans cet article, on peut, je pense, tirer les conclusions suivantes :

1° Le tartre stibié pris par la bouche, à haute dose, détermine assez souvent diverses formes de stomatite et d'angine.

2° Il n'est pas nécessaire que la dose soit très-forte, ni concentrée dans une petite quantité de véhicule, pour que cet effet soit produit : un de mes malades, après une seule potion de 30 centigrammes pour 450 grammes de liquide, ressentit de la cuisson à la gorge et présenta une exsudation crémeuse sur le voile du palais.

3° Cependant les chances de production de ces altérations paraissent être en raison directe (comme fait général) de la quantité d'émétique prise, et en raison inverse de la quantité du véhicule. Si, dans les observations extraites de la clinique de Rasori, on trouvait toujours des détails sur l'état de la gorge, il y a lieu de croire qu'on y verrait souvent mentionnées les lésions indiquées ci-dessus, et qu'on saisirait des rapports entre l'intensité de ces lésions et la prodigalité qui présidait, dans la pratique de ce médecin, à la distribution du tartre stibié.

4° Ces altérations, et surtout celle de forme pustuleuse, en s'étendant à la totalité de l'œsophage, peuvent devenir un accident redoutable, qui ne doit point faire rejeter la médication, mais qui doit maintenir à son égard dans une sage réserve.

Il est, du reste, un fait important à connaître : c'est qu'on obtient de très-bons résultats avec des quantités d'émétique modérées. Si cette proposition est vraie, il n'y aura plus aucun motif pour s'élever à des doses énormes, et s'exposer ainsi gratuitement à des accidents fâcheux.

Eugène Bonamy, D. M.,
médecin suppléant à l'Hôtel-Dieu de Nantes.

PHLÉBITE GUÉRIE PAR LA CAUTÉRISATION AVEC LE FER ROUGE.

Appelé le 14 juillet 1843 pour donner des soins à la nommée Félicité D...., âgée de vingt ans, d'une complexion peu forte, je la trouvai dans l'état suivant :

Ayant mal à la gorge depuis deux jours, elle était tourmentée par une toux fréquente, à la suite de laquelle elle rendait de temps en temps des mucosités épaisses et visqueuses ; la déglutition était extrêmement pénible, l'arrière-bouche offrait une rougeur assez vive, les deux amygdales étaient légèrement tuméfiées ; le pouls était à peine accéléré, plutôt faible que fort.

Je conseillai l'usage d'un gargarisme fait avec de l'eau fraîche et du sirop de mûres ; je fis mettre des cataplasmes émollients autour du

cou. Malgré l'emploi de ces moyens le mal de gorge augmenta, et le soir du même jour, je conseillai une application de sangsues; mais, la malade le préférant, je lui pratiquai une saignée de 300 grammes environ; je fis continuer l'usage du gargarisme et des cataplasmes.

Le 15 au matin, je trouvai le sang de la veille recouvert d'une couenne légère; n'ayant obtenu qu'une faible amélioration dans l'état de la malade, je lui fis une seconde saignée de 300 grammes, et conseillai la continuation du gargarisme et des cataplasmes.

Le 16, le sang de la seconde saignée ne m'offrit pas la moindre trace de couenne; le mal de gorge avait presque entièrement disparu, la déglutition était facile, la rougeur de l'arrière-bouche était beaucoup moins vive que la veille. La malade ressentait une vive douleur au bras droit sur lequel j'avais fait la première saignée; la petite plaie ne s'était pas cicatrisée, il y avait un peu de gonflement et de rougeur; par la pression, je fis sortir deux à trois gouttes de pus, j'appliquai sur cette saignée un linge fin trempé dans de l'huile d'olives, et je recommandai de maintenir constamment un cataplasme chaud autour des parties douloureuses; continuation des mêmes moyens pour le mal de gorge.

Le 17, le mal de gorge pouvait être considéré comme guéri entièrement; mais les douleurs du bras étaient devenues de plus en plus vives. Je trouvai le gonflement plus considérable que la veille; la saignée avait été faite sur la veine médiane basilique, et en suivant le trajet de la veine basilique, qui chez cette malade me paraît se prolonger jusqu'à la veine axillaire, au lieu de s'unir à la brachiale, je sentis sous le doigt, dans une longueur de six à sept centimètres, un cordon assez résistant et très-douloureux. En exerçant une pression de haut en bas sur ce cordon, je fis refluer par l'ouverture de la veine un pus sanguinolent et mal lié: je ne doutai plus de l'existence d'une phlébite; il y avait peu de réaction fébrile. Je fis appliquer au plus vite, au-dessus des points douloureux, dix sangsues vigoureuses, que je recommandai de faire saigner aussi abondamment que possible pendant trois heures. Je prescrivis en outre de faire des frictions mercurielles sur les parties malades, quand les sangsues auraient cessé de saigner.

Le 18 au matin, la malade me dit que ses douleurs étaient moins vives, et qu'elle avait pu dormir environ deux heures. Malgré cette diminution de douleurs, je trouvai le bras plus volumineux que la veille, et la veine s'était indurée dans une nouvelle étendue de quatre centimètres, la pression était toujours très-douloureuse, mais ne faisait plus sortir de pus. Je mis une couche épaisse d'onguent mercuriel double sur toutes les parties malades, et je recommandai de renouveler cette

couche de temps en temps, jusqu'à ce qu'on eût pu se procurer de nouvelles sangsues, que l'on devait appliquer comme les précédentes, au-dessus des points douloureux. Ces nouvelles sangsues prirent et saignèrent bien comme les premières; néanmoins, le soir je remarquai que l'inflammation de la veine avait fait de nouveaux progrès, elle n'avait plus que trois centimètres à franchir pour envahir l'aisselle. La malade était fort agitée et s'alarmait sur son état; elle disait qu'elle ne pourrait jamais guérir. C'est alors qu'effrayé de la marche rapide de la phlébite, me rappelant les succès que M. Bonnet, de Lyon, avait obtenus, dans des cas analogues, de la cautérisation avec le fer rouge, je me décidai, ne voyant pas d'autre moyen d'empêcher une mort prochaine, à appliquer le cautère actuel. Ayant aussitôt fait rougir à blanc un cautère, je fis deux cautérisations transversales immédiatement au-dessus du point le plus élevé envahi par la phlébite; je pratiquai deux lignes de cautérisation parallèles et presque contiguës sur le trajet de la veine enflammée, depuis les deux cautérisations transversales supérieures jusqu'au coude. Enfin, je fis trois cautérisations transversales au niveau de la saignée. Je fis appliquer immédiatement autour du bras une serviette trempée dans l'eau froide, recommandant de la remplacer par une autre dès qu'elle commencerait à s'échauffer.

Le 19 au matin, la malade se plaignait de ses brûlures, plutôt que de douleurs semblables à celles qu'elle ressentait avant la cautérisation; le bras était dans le même état que la veille au soir, la phlébite n'avait pas dépassé la limite tracée par la cautérisation transversale supérieure; je commençai dès lors à espérer la guérison, et je fis continuer les applications réfrigérantes.

Le 20 au matin, la tuméfaction du bras était moindre, la pression ne causait, pour ainsi dire, plus de douleur dans le tiers supérieur; continuation des applications réfrigérantes.

Le 21 au soir, l'état de la malade s'améliorant graduellement, je fis supprimer les applications d'eau froide, et panser simplement avec le cérat.

Le 23, l'épiderme ayant été seul intéressé par la cautérisation, je n'avais plus à m'occuper que d'une plaie tout à fait superficielle. Toutefois la douleur avait fait laisser l'avant-bras demi-fléchi sur le bras; pour remédier au plus tôt à cet état de choses, je conseillai de mettre matin et soir le coude dans un bain d'eau de guimauve tiède, pendant une demi-heure avant le pansement, et de ramener graduellement l'avant-bras à son degré naturel d'extension; je fis moi-même les premiers efforts pour montrer comment on devait agir.

Le 27, la plus grande partie de la plaie était cicatrisée, et l'extension pouvait être obtenue complétement sans beaucoup de douleur.

Le 29, la malade exécutait facilement tous les mouvements de l'avant-bras et du bras; la cicatrisation était complète. Ayant repris ce jour même une partie de ses travaux, la malade ne ressentait de douleur qu'en portant un objet assez pesant ; elle pouvait le lendemain se livrer à ses occupations habituelles avec moins de peine que la veille, et aujourd'hui, 6 août, elle est aussi bien portante et aussi forte qu'elle ait jamais été.

E. Devaux, D. M. P.
à Colombières (Calvados).

BULLETIN DES HOPITAUX.

Sur le traitement du diabétès sucré. — Nous avons déjà parlé, dans un précédent numéro, des recherches que M. Martin Solon fait sur le traitement du diabétès sucré, et particulièrement de l'emploi du chlorure de sodium, que nous lui avons vu prescrire contre cette redoutable maladie. Plusieurs sujets ont pris le médicament sans succès, mais il faut ajouter qu'ils ne se sont pas convenablement soumis au régime. Un malade de la ville, dont l'affection était peu ancienne, mais déjà intense, est guéri depuis une année à peu près, et la guérison ne se dément pas. Il existe maintenant, dans les salles de notre confrère, un diabétique que nous y avions vu l'année dernière, et dont l'état s'est considérablement amélioré sous l'influence de la limonade hydrochlorique vineuse et du chlorure de sodium : c'est le nommé Hony. Cet homme, cordonnier, âgé de quarante-deux ans, autrefois d'une constitution athlétique, adonné aux excès de boisson, devait continuer son traitement en sortant de l'hôpital. Il ne l'a pas fait, et il a pris du pain en excès et les aliments ordinaires de son ménage. Néanmoins, il se trouve très-bien, et ne revient à l'hôpital que pour se soigner d'une contusion. Cette circonstance permet à M. Martin Solon de constater l'état du malade, et de reprendre le cours de ses premières observations.

L'urine contient encore du sucre; cependant l'altération de la nutrition a cessé de faire des progrès; la soif n'est qu'ordinaire; la bouche et la langue ne sont plus salées; la salive est neutre, et les sueurs sont rétablies; les facultés génératrices, sans être énergiques, ont acquis une cer-

taine activité, d'anéanties qu'elles étaient; le sommeil est tranquille, et n'est plus interrompu par l'excrétion sans cesse réitérée de l'urine, excrétion qui se fait seulement dans la journée et ne dépasse guère la quantité normale.

Cette amélioration soutenue tient-elle au traitement antérieur ou à ce que la maladie devait devenir stationnaire? On sait que le diabétès abandonné à lui-même, chez un malade intempérant surtout, marche ordinairement avec rapidité vers sa terminaison fatale, le marasme et la phthisie tuberculeuse.

En voulant compléter ses recherches sur les aliments que les diabétiques peuvent prendre sans inconvénient et avec avantage, M. Martin Solon, aidé d'un ancien interne distingué des hôpitaux, M. Contour, a observé un effet notable du lait. On sait que ce liquide, éminemment azoté et nutritif, contient une quantité notable de lactine ou sucre de lait, substance saccharine qui, en contact avec la potasse et le sulfate de cuivre, réduit ce dernier métal. Cette réaction chimique étant commune au sucre diabétique, il était probable que l'ingestion du sucre de lait augmenterait la quantité de la matière sucrée contenue dans l'urine du diabétique. Cette probabilité était d'autant plus supposable, que le sucre de canne ingéré dans l'estomac augmente la quantité de sucre diabétique, bien que ces sucres soient d'une réaction différente. Il n'en a pas été ainsi. Houy a pris hier trois litres de lait au lieu de trois pots d'infusion de chicorée, ses conditions alimentaires étant restées absolument les mêmes; et ce matin, ses urines, examinées au polarimètre, contenaient un sixième de moins de matière sucrée. Le lait serait-il un moyen curatif? Quelques auteurs l'ont avancé; mais il faudrait spécifier les circonstances. En tous cas, il semblerait au moins que cette substance pourrait être ajoutée impunément aux aliments que l'on peut permettre aux diabétiques : ce serait un service que leur aurait rendu l'application des belles recherches de M. Biot à la science et à la pratique médicale.

Coups de feu dans le ventre et dans la poitrine. — Plaie non pénétrante dans le premier cas, pénétrante dans le second. — Guérison rapide dans les deux. — Le 7 juillet, à neuf heures du soir, un jeune ouvrier bijoutier, âgé de vingt ans, traversait la place du Palais-Royal, lorsqu'un inconnu s'approcha de lui, et lui tira presque à bout portant un coup de pistolet dans le ventre. Le même soir, le blessé fut transporté à la Charité, dans les ervice de M. Velpeau. On reconnut, à 3 centim. au-dessus et à gauche de l'ombilic une plaie contuse, presque linéaire, haute de 15 millimètres. Il n'y avait aucune hémor-

rhagie. Au même niveau et à 2 décimètres de distance de la plaie, on voyait au-dessus de la crête iliaque une saillie formée par un corps dur, arrondi, situé immédiatement sous la peau. — A la visite du lendemain, M. Velpeau pratiqua sur la tumeur une incision qui fit tomber une balle de moyen calibre. Le blessé, plus surpris et inquiet que souffrant, présentait un peu de réaction; il n'éprouvait point de douleur dans le ventre, qui était à peine un peu sensible sur le trajet du projectile. M. Velpeau pensa que celui-ci avait glissé entre l'aponévrose et la peau, et porta un pronostic favorable.

En effet, il ne survint aucun accident, tout se passa de la manière la plus simple. Des portions de linge furent extraites également par la plaie postérieure que l'on avait essayé de réunir immédiatement, mais qui suppura légèrement, ainsi que la plaie d'entrée. Et le 28 juillet, ce jeune homme sortit de l'hôpital, guéri depuis cinq jours.

Le second fait s'annonçait avec des apparences plus graves, et se termina cependant d'une manière tout aussi favorable. Il s'agit d'un brocanteur d'une soixantaine d'années, qui avait déposé sur son établi un pistolet chargé à plomb; un individu, maniant l'arme et ignorant sans doute qu'elle fût chargée, lâcha la détente : le coup partit et vint frapper le marchand presque à bout portant à la poitrine.—Transporté aussitôt à la Charité, on reconnut (9 juin) sous le mamelon gauche une plaie profonde, inégale, frangée, de 4 centimètres de diamètre, dans les sinuosités de laquelle on trouva des grains de plomb, et où le stylet pénétra à 4 ou 5 centimètres de profondeur. Le blessé n'était point tombé sur le coup; il souffrait peu, n'offrait point de réaction et aucun signe d'épanchement dans la plèvre. Mais il avait expectoré des caillots de sang noir, et rendu des crachats sanguinolents, signes évidents de la pénétration de grains de plomb dans le poumon. L'auscultation faisait entendre, dans la région où le coup avait porté, un râle à bulles fines. M. Velpeau jugea que le cas était peu grave.

En effet aucun accident ne se manifesta; la plaie se détergea peu à peu; et le 24 juin, quinze jours après son entrée, le malade demanda sa sortie, sa blessure étant presque entièrement cicatrisée, et aucune douleur, aucune gêne n'étant survenue dans les voies respiratoires.

Enfin nous rapprocherons de ces deux faits, comme ayant offert également une bénignité remarquable, malgré des apparences assez graves, celui d'une victime plus malheureuse encore, en raison des circonstances où elle fut frappée.

Il s'agit d'un cordonnier d'une quarantaine d'années, marié depuis quelques mois à peine. Sa femme, qui s'était enfuie à plusieurs reprises de chez lui, et qu'il avait ramenée chaque fois au logis, fut surprise un

jour par lui dans un commerce illicite. Aussitôt elle se précipita sur lui un tranchet à la main, et lui en porta un coup dans le ventre.

Il existait un peu au-dessous de l'hypochondre gauche, à un décimètre de la ligne médiane, une plaie de 2 centimètres de hauteur, à bords nettement coupés, qui avait fourni du sang toute la nuit, et qui saignait encore le lendemain à la visite (19 juillet). Le sang sortait par légères saccades : quelque branche de l'épigastrique devait avoir été atteinte. Aucun symptôme n'était survenu du côté du ventre. M. Velpeau jugea la plaie non pénétrante, et pratiqua un point de réunion à l'aide d'une épingle.

La plaie ne tarda pas à se réunir, aucun accident n'eut lieu, et le malade, empressé à juste titre de rentrer dans ses foyers, sortit le 31 juillet.

Accidents produits chez l'enfant par l'application du forceps. —L'application du forceps, même dans les circonstances les plus faciles et les plus simples, donne souvent lieu à un accident dont il faut se défier et que malheureusement on ne peut ni prévoir ni éviter ; c'est la compression du cordon ombilical par une branche du forceps, lorsque ce cordon forme une anse autour du cou de l'enfant. Dans ce cas, un seul moyen reste pour s'assurer si la circulation chez l'enfant éprouve quelque gêne ; l'auscultation peut seule vous en rendre compte ; mais ce moyen est inapplicable pendant une application de forceps, à moins que l'on ne soit aidé par une personne habituée à ce genre d'investigation.

Une femme, mariée depuis dix ans, et sans enfants, se remaria après trois ans de veuvage, et éprouva, peu de temps après, les premiers symptômes d'une grossesse. Arrivée à terme, et le travail commencé, les douleurs paraissant se ralentir pendant la dilatation, M. P. Dubois refoula d'abord au-dessus de la tête la lèvre antérieure de l'orifice, afin d'éviter des douleurs inutiles et la fatigue de l'utérus ; la tête en effet franchit cet orifice, mais les contractions continuèrent à s'affaiblir. Il crut donc devoir appliquer l'instrument, seulement dans le but de les aider, ce qui fut fait avec tous les ménagements possibles, mais exigea un peu de temps. Lorsque l'enfant fut extrait, il était en état asphyxique et n'exécuta pas d'inspiration.

On remarqua alors qu'une des branches du forceps avait comprimé, pendant l'application, l'anse du cordon ombilical qui existait autour du cou de l'enfant et avait ainsi contribué à interrompre la circulation materno-fœtale, car ici elle pouvait être arrêtée non-seulement par cette compression, mais encore par le fait de l'entortillement du cordon, ce qui, comme on le sait, est une cause assez fréquente d'asphyxie, surtout

lorsque le cordon est déjà court. Néanmoins, chez l'enfant dont nous parlons, les battements du cœur existant encore, l'insufflation avec le tube laryngien et les autres moyens appropriés parvinrent à rétablir la respiration. On s'aperçut alors que la commissure droite de la bouche était déviée et l'œil du côté opposé ouvert, effet produit par la paralysie du tronc ou des branches du nerf facial du côté gauche, paralysie produite par la pression forte et prolongée d'une des branches du forceps. Au bout de six jours, le mouvement et la sensibilité étaient redevenus égaux dans les deux côtés de la face et la paralysie avait complétement disparu.

Hypertrophie du tibia.— Allongement de l'os de 6 *centimètres. — Point de claudication.* — Depuis quelque temps, M. Velpeau s'est attaché à démontrer un fait dont les conséquences pratiques seraient de la plus haute importance, notamment pour le traitement des fractures, et surtout pour celles du membre inférieur : à savoir, qu'un raccourcissement de quelques centimètres n'entraîne pas nécessairement et d'une manière permanente la claudication. L'observation de tous les jours vient à l'appui de cette assertion. Mesurez la jambe d'un individu atteint autrefois de fracture; que de fois vous trouverez un raccourcissement de 1, 2 centimètres, et même plus! et pourtant la marche est parfaitement régulière. Ce qui existe pour la jambe est encore vrai pour la cuisse, et également pour la rotule, à la suite de fractures transversales de cet os. Or, il en découle cette conséquence naturelle, c'est que dans les fractures de la jambe ou de la cuisse il sera inutile désormais de torturer les malades afin d'arriver à une guérison sans raccourcissement, résultat que d'ailleurs on n'obtient presque jamais. Le fait suivant est bien propre à prouver la proposition qui sert de base à cette doctrine.

Dans les premiers jours du mois d'août, il entra dans le service de M. Velpeau un jeune homme de vingt-trois ans, cordonnier, d'une taille très-élevée, d'une constitution sèche et d'une assez bonne santé, ayant une plaie légère à la jambe gauche.

A l'âge de dix ans, ce jeune homme avait gardé le lit pendant six semaines pour une affection survenue à cette jambe à la suite d'un froid, dit-il. Depuis, il n'a cessé de marcher, bien que sa jambe ait été le siége d'un travail de suppuration de longue durée. Bon nombre d'esquilles ont été extraites du tibia. Aujourd'hui cet os présente une hypertrophie considérable : il a plus de deux fois le volume normal; il forme en avant et en dedans une convexité remarquable; il est recouvert par une peau rouge, indurée, mamelonnée, adhérente; le pied paraît déjeté en dehors, son axe ne correspondant plus à celui de la jambe. En prenant

avec soin la distance entre l'intervalle des condyles articulaires du genou et la pointe de la malléole interne, on trouve, pour le membre malade, une élongation de *six centimètres*, allongement qui est déjà frappant à première vue, le genou gauche se trouvant beaucoup plus haut que le droit.

L'épine iliaque antérieure et supérieure est également beaucoup plus haute à gauche qu'à droite, la distance de cette épine à l'intervalle articulaire des condyles restant la même des deux côtés. Or, avec cette énorme différence dans la longueur des deux membres, ce jeune homme *ne boite nullement;* sa marche ne présente aucune irrégularité.

Le fait de l'allongement concomitant de l'hypertrophie à la suite d'ulcères anciens de la jambe ou de carie de ses os, n'est point rare : l'os augmente en longueur en même temps qu'en largeur. Mais il serait difficile peut-être d'en citer un exemple plus remarquable et plus propre à mettre au jour la vérité de la proposition que nous avons énoncée, à savoir, qu'un raccourcissement de plusieurs centimètres dans l'un des membres inférieurs n'entraîne pas nécessairement la claudication.

Usage de la saignée pendant la grossesse. — La saignée est un moyen précieux pendant la grossesse, et sur l'usage duquel les opinions ont beaucoup varié et varient encore. Ainsi, d'un côté, c'est un préjugé très-répandu dans le monde, et même parmi quelques médecins, que la saignée fait avorter. Cette opinion s'est établie sur cet aphorisme d'Hippocrate : *Mulier utero gerens sectâ venâ abortit;* sans songer qu'à l'époque où Hippocrate et son école écrivaient, on pratiquait toujours de très-larges saignées.

Une dame, qui avait déjà fait une fausse couche par congestion du placenta, éprouva, il y a peu de temps, dans une autre grossesse, des coliques et des pesanteurs dans le bas-ventre, des douleurs de reins; M. P. Dubois regarda comme indispensable de pratiquer une saignée, ce qui étonna fort un jeune médecin qui craignait que ce moyen ne déterminât une fausse couche. Cette crainte s'explique néanmoins. Dans les accidents qui annoncent une menace d'avortement, la saignée vient quelquefois trop tard pour les arrêter, parce qu'il est impossible d'apprécier au juste le degré d'altération produit sur l'œuf; et si elle ne réussit pas, si l'avortement s'effectue, c'est la saignée qu'on accuse de l'avoir produit ou favorisé. — D'une autre part, il existe encore un autre préjugé, au moins tout aussi répandu que le premier, c'est qu'une femme doit toujours être saignée pendant le cours de sa grossesse; et si, ne trouvant aucune indication positive, vous n'avez pas jugé nécessaire

de la saigner, et que plus tard un avortement, ou une circonstance imprévue pendant le travail, vienne à déterminer la sortie d'un enfant mort, soyez sûr qu'on ne manquera pas de l'attribuer au défaut de saignée.

M. P. Dubois donnait des soins à une dame depuis longtemps mariée, autrefois chlorotique et restée pâle, qu'il refusa de saigner dans sa première grossesse à cause de ces circonstances. Vers le huitième mois de sa grossesse, elle éprouva en voiture des douleurs de bas-ventre, une petite perte, et tous les symptômes d'un travail prochain se déclarèrent. Pendant le travail, l'auscultation ne permit pas d'entendre les bruits du cœur du fœtus; l'enfant expulsé était mort en effet, et on ne manqua pas de dire que si cette dame avait été saignée, l'accident ne serait pas arrivé. Cependant voici ce qui avait eu lieu : les secousses de la voiture avaient sans doute déterminé une congestion vers l'organe utérin; mais on découvrit, après l'expulsion du fœtus, que le cordon ombilical, qui avait formé une double circulaire autour de son cou, était déjà court par lui-même, et inséré près un des bords du placenta, qui, par l'effet des mouvements vifs et des tractions opérés par l'enfant, avait été décollé en partie. De là arrêt de la circulation fœtale par la contraction du cordon, et épanchement sanguin. — Cette dame, depuis cette époque, devint grosse deux fois. Dans la première de ces deux grossesses, M. P. Dubois, sollicité de pratiquer une saignée, ne put s'y refuser; et même plus tard il fut contraint d'y revenir, à cause de quelques symptômes de plénitude; néanmoins l'accouchement eut lieu à huit mois et demi, et donna le jour à un enfant d'un petit volume. — Enfin, dans la troisième grossesse, M. P. Dubois obligea cette dame à garder le repos pendant les derniers mois; et, sans avoir pratiqué de saignée, elle put arriver à terme et accoucher d'un enfant fort et vivant.

La saignée n'est donc pas indispensable pendant la grossesse chez toutes les femmes : elle ne devient nécessaire que lorsqu'on a à redouter quelques accidents, tels que congestions pulmonaire ou cérébrale, signes de plénitude, de congestion vers le bas-ventre, lorsque la femme enfin est pléthorique, ou lorsque ses grossesses antécédentes ont été accompagnées d'accidents ou terminées par des avortements.

Cause prédisposante de l'avortement. — Parmi les causes prédisposantes de l'avortement, il faut surtout en noter une qui doit éveiller l'attention de l'accoucheur : c'est l'infiltration des parties génitales pendant la grossesse. C'est ordinairement vers le sixième ou le septième mois qu'a lieu le travail prématuré; et l'on sait qu'échappée à cet acci-

dent la femme doit encore redouter, même à terme, les convulsions puerpérales, si l'œdème s'est étendu aux membres inférieurs. Il faut donc mettre en usage tous les moyens appropriés, afin de dissiper l'infiltration ; ou du moins, si cela n'est pas possible, prendre, pendant la grossesse, les plus grandes précautions, afin d'éviter l'avortement. On a vu dernièrement à la clinique une femme primipare enceinte de huit mois, dont les parties génitales surtout étaient très-infiltrées. On fut contraint de pratiquer un certain nombre de scarifications, qui diminuèrent sensiblement l'œdème, excepté aux grandes lèvres. Néanmoins le travail de l'accouchement se déclara, et l'infiltration des parties extérieures donna lieu à un autre accident, conséquence de l'engorgement des parties rendues plus rigides, plus resserrées; il y eut une déchirure assez étendue du périnée. Il faut observer cependant que l'œdème ne persiste pas ordinairement aux grandes lèvres comme dans cette circonstance.

ERRATA. — Il a été commis quelques erreurs, qu'il est important de corriger, dans un article du *Bulletin des hôpitaux* des dernières livraisons; les voici : Page 139, ligne 4, la portion muqueuse qu'il contenait, *lisez :* de la muqueuse correspondante ; ligne 10, à l'anneau, *lisez :* à l'encre ; ligne 18, saisi suivant, *lisez :* saisi de haut en bas suivant. — Page 140, ligne 1, s'insèrent, *lisez :* fenêtrés; ligne 14, M. Bazin, *lisez :* M. Léon Rattier ; ligne 22, d'arracher cette tumeur, *lisez :* de faire la suture; ligne 38, d'inonder, *lisez :* d'inoculer.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

ACIDE ARSÉNIEUX *dans le traitement des fièvres intermittentes.* Nous avons dit notre opinion sur l'emploi de cet agent dangereux, dans le traitement de maladies contre lesquelles nous possédons des ressources si héroïques (Voir *Bulletin*, t. XXIV). En admettant même toute l'efficacité que lui attribue M. Boudin, point sur lequel d'ailleurs nous faisions nos réserves, nous ne voudrions pas multiplier en thérapeutique l'emploi d'un moyen dont une erreur minime de dose peut occasionner de si graves accidents. Mais voici que cette efficacité même est contestée. Le docteur Salvagnoli vient de faire en Italie des essais sur ces préparations dans les fièvres intermittentes; et, contrairement aux résultats constatés par le docteur Boudin, il n'en a pas obtenu de succès. La préparation qu'il a employée est un mélange de 5 centigrammes d'acide arsénieux avec 4 gram. 95 cent. de sucre de lait, et la dose prescrite a été la même que celle conseillée par M. Boudin, un centième de grain. Il a traité de cette manière 9 intermittentes quotidiennes, 3 tierces et 4 quartes bien caractérisées, et qui n'avaient été traitées encore par aucun autre médicament. Une intermittente quotidienne fut coupée à la première dose; mais on sait que cette espèce de fièvre disparaît quelquefois par le repos seul ou par un purgatif. Dans tous les autres cas, la préparation arsenicale ne produisit aucun effet, bien qu'elle eût été donnée à trois fois et à dose assez élevée (jusqu'à 1/50 de grain). Elle fut administrée aussi sans succès dans deux fièvres quar-

tes rebelles au quinquina. (*Gazetta toscana*; *Revue médicale*, août 1843.)

ANUS CONTRE NATURE, *suite d'une hernie ombilicale étranglée, guéri par l'entérotôme de Dupuytren.* Le fait suivant, que M. le docteur Rendu vient de publier *in extenso* dans la *Revue médicale*, se recommande également aux praticiens par sa gravité pathologique et par l'excellent esprit qui dirigea le traitement et en assura la réussite.

Le 24 janvier 1838, on amena à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Lisfranc, une femme âgée de quarante-neuf ans, de petite taille, mais bien constituée. Depuis longtemps cette femme portait une hernie ombilicale, réductible en partie seulement. Le 20 janvier au soir, elle avait été prise, en mangeant un potage, de douleurs de ventre assez fortes, suivies de nausées et de vomissements. La malade voulut alors faire rentrer sa hernie, et ne put y parvenir. Le 22, un médecin fut mandé; des sangsues furent appliquées autour de la tumeur; les accidents persistèrent, et la malade entra à l'hôpital le 24 au soir, quatre jours après l'apparition des accidents.

Les douleurs sont peu vives; il n'y a pas de vomissements; quarante sangsues sont appliquées autour de la tumeur.

Le 25 au matin, les vomissements se renouvellent; la face est grippée, le pouls petit; l'on décide l'opération. La tumeur, située à l'ombilic, semblait occuper la partie inférieure de cette cicatrice; elle était du volume d'une grosse pomme d'api; la peau qui la recouvrait avait une rougeur érysipélateuse, et paraissait fortement appliquée sur les parties sous-jacentes. Lorsqu'on venait à palper cette tumeur, on y éprouvait de la résistance. Une incision verticale, rendue cruciale à l'aide de ciseaux, est pratiquée sur cette tumeur. Le sac est déchiré avec les doigts; des pelotons graisseux, appartenant à l'épiploon, sont écartés, et laissent voir l'intestin tendu et noirâtre. Dans les tentatives faites pour examiner la portion de l'intestin en contact avec l'anneau, une déchirure s'opère, et un fluide rougeâtre, d'odeur stercorale, s'échappe en assez grande abondance. L'intestin est fendu dans toute la longueur de la portion gangrénée; l'on débride directement en haut; une anse de fil est passée dans le mésentère, et l'on recouvre la plaie d'une simple compresse.

Jusqu'au 27, rien de particulier; mais, ce jour-là, une évacuation a lieu par la plaie. 6 février, la plaie s'est détergée; il est facile de distinguer le bout supérieur du bout inférieur; mais les matières fécales ont déterminé sur la peau un érysipèle avec boutons. Pour y remédier, on place sur la peau une compresse imbibée d'huile camphrée. L'état général est excellent; depuis plusieurs jours la malade prend des aliments.

Au 30 mars, la peau du ventre avait presque entièrement sa teinte normale; il n'y avait point eu de selles; la malade était tourmentée par des ténesmes. Au fond de la plaie se voient les deux bouts de l'intestin; l'une et l'autre de ces extrémités sont le siége de mouvements vermiculaires. Le 25 juillet, l'état général étant très-satisfaisant, l'on applique l'entérotôme de Dupuytren. Plusieurs jours auparavant, la plaie avait été sondée à diverses reprises, et l'on avait constaté la présence d'un éperon qui séparait l'une de l'autre les cavités des deux portions d'intestin. Peu serrée les premiers jours, la pince lo fut graduellement ensuite; le 30, elle l'était complétement. Quelques coliques, accompagnées de nausées, suivirent cette application; ces accidents se calmèrent, et, le 5 août, la pince se détacha; on vit, entre les mors, une portion de l'éperon qui avait été mortifiée.

Le lendemain, la malade rendit quelques vents par l'anus; le surlendemain, 7 août, elle eut quelques coliques et une selle peu abondante. Deux jours après, une nouvelle selle eut lieu, également peu abondante; la majeure partie des matières fécales s'échappait par la plaie du ventre. Quelques jours après, les choses étaient dans le même état qu'avant l'application de la pince. Le 1er décembre, dix mois après l'accident, et quatre mois après la première application de l'entérotôme, l'instrument fut appliqué de nouveau. On avait reconnu la présence d'un éperon très-prononcé, qui séparait le bout inférieur du bout supérieur de l'intestin. Peu serrée les premiers jours, la pince ne le fut entièrement que le douzième jour. Les premiers jours, la malade eut des vomissements qui

durèrent trois jours. Depuis ce moment, il n'en survint plus d'autres, et la pince se détacha le 24 décembre. Pendant tout ce temps, la malade ne prit que du bouillon et des potages. Dans les journées du 24, du 25 décembre, la malade rendit des vents par l'anus et ressentit quelques coliques; le 26 au soir, un lavement fut administré; la malade le rendit avec des matières fécales. Depuis cette époque, les selles se régularisèrent, la plaie de l'abdomen diminua d'étendue, et ne donna issue qu'à une faible quantité de matière. Le 18 janvier 1839, la plaie de l'abdomen persistant, on en rafraîchit les bords et on tenta la suture entortillée. Un érysipèle se développa, et fit échouer la réunion. Quinze mois plus tard, avril 1840, la plaie de l'abdomen persistant toujours, l'autoplastie fut tentée : un érysipèle fit de nouveau échouer l'opération. Le 27 décembre 1841, la plaie de la paroi abdominale existe toujours; mais son étendue est moindre qu'elle n'était en 1839 et 1840; les matières qui s'en échappent sont moins abondantes; mais enfin il reste toujours une infirmité très-gênante. M. Lisfranc raviva les bords de la plaie, et tenta leur réunion à l'aide de la suture : la réunion n'eut pas lieu. Depuis cette époque, aucune tentative nouvelle n'a été faite; la plaie a successivement diminué d'étendue, et, au mois de mars 1843, la malade était dans un état de santé parfait, et la seule trace qu'elle conservait de son infirmité, était un petit pertuis de la largeur d'une ligne environ, qui ne laissait passer que quelques mucosités verdâtres. (*Rev. méd.*, août 1843).

BUBONS (*Incision sous-cutanée des vaisseaux lymphatiques de l'aine, comme moyen préservatif des*). Chaque jour voit s'agrandir le champ des incisions sous-cutanées, et, à en croire les merveilleux résultats annoncés en ces derniers temps, il semblerait que bientôt la première indication à remplir dans toute affection chirurgicale dût être l'application de cette méthode, qui ne peut jamais, à les entendre, avoir d'autre inconvénient que d'échouer, en supposant que son infaillibilité ne soit pas encore chose acquise et prouvée. Nous craignons bien, pour notre part, que cet engouement pour un procédé opératoire dont les avantages sont réels quand on en fait un usage opportun, ne soit bientôt suivi de désenchantement : n'est-ce pas là, en effet, la destinée des meilleures choses, quand on les exagère et qu'on en fait abus? Aujourd'hui, un jeune chirurgien de l'hospice de l'Antiquaille, à Lyon, vient de communiquer à la Société de médecine de cette ville un procédé qu'il a déjà appliqué deux fois pour prévenir la formation ou tout au moins la suppuration des bubons qui accompagnent les chancres des parties génitales. Ce procédé, qui a pour but, nous dit l'auteur, d'empêcher le transport du virus syphilitique du chancre aux ganglions lymphatiques, consiste dans l'incision sous-cutanée des vaisseaux lymphatiques agents de ce transport. On fait cette incision dès que la tuméfaction commençante des ganglions d'un côté annonce le développement ultérieur d'un bubon. Un pli étant fait à la peau dans la direction de l'arcade crurale, le chirurgien plonge perpendiculairement sous ce pli, au-devant de la tumeur ganglionnaire et de haut en bas, un ténotome droit à pointe aiguë, dont le tranchant regarde les parties profondes; il coupe alors dans le sens et dans l'étendue de 3 centimètres au plus ce qui se présente devant lui; puis, retournant l'instrument, il le retire le tranchant tourné vers la peau, de manière à raser celle-ci, et à diviser les tissus immédiatement contigus à sa surface interne. Deux emplâtres de diachylon gommé, maintenus superposés pendant deux ou trois jours sur la plaie extérieure, préviennent toute suppuration. Dans cette petite opération, on coupe, suivant M. Diday, les vaisseaux lymphatiques afférents dans le point où ils convergent entre eux pour entrer dans le ganglion. — C'est là sans doute le but que vous voulez atteindre; mais en vérité peut-on jamais être sûr de ne le pas manquer, et de ne pas laisser échapper un seul de ces vaisseaux et même plusieurs, qui feront ainsi échouer l'opération que vous proposez? Admettons cependant que tous les vaisseaux lymphatiques se rendant du chancre au ganglion malade aient été divisés; la plus grande difficulté ne sera pas encore levée. Il faudrait reprendre la question de plus haut, et pénétrer le mystère de l'inoculation. A quoi sert en effet votre section sous-cutanée, si vous

n'avez pas établi que l'absorption du virus syphilitique après un coït impur n'a jamais lieu primitivement, et que l'adénite commençante est toujours consécutive au développement de la pustule du chancre? Il y a plus, c'est qu'au moment où vous faites votre incision sous-cutanée, ne voyez-vous pas que déjà les ganglions lymphatiques sont atteints par le principe morbide et délétère auquel vous avez l'intention de les soustraire? N'est-ce pas en effet ce que démontre cette tuméfaction *commençante*, qui est pour vous l'indication d'opérer, et qui pour nous serait celle de s'abstenir? car si elle ne prouve pas absolument que l'absorption virulente a eu lieu, elle établit au moins une forte présomption en faveur de cette manière de voir. D'après cela nos lecteurs ont pu comprendre que nous n'approuvons pas en pratique l'invention de M. Diday, qui a d'ailleurs fait preuve dans mainte occasion d'un meilleur esprit chirurgical. (*Journ. de Méd. de Lyon*, août 1843.)

CHORÉE (*Exemple de*) *terminée par la mort.* Les cas de chorée terminés par la mort sont assez rares dans la science. Cependant M. Trousseau professe que cette fatale terminaison est plus fréquente qu'on ne le pense. Il en rapporte deux observations, l'une qui lui a été communiquée par M. Tardieu, l'autre dont il a été témoin lui-même. Nous donnerons un résumé de celle-ci, parce qu'elle offre en outre un nouvel exemple de l'action énergique de la strychnine sur cette maladie. Comme on va le voir, en effet, c'est à la suite d'une récidive que la mort est arrivée. Une jeune fille de seize ans, lingère, après avoir été réglée à quatorze ans et demi, a vu, il y a huit mois, ses règles se supprimer subitement par l'impression du froid. Sa santé dès lors se dérange, et vers le commencement de décembre 1842, la malade est prise subitement, et sans cause connue, d'un embarras dans la langue, et d'une grande agitation dans les mâchoires. En même temps, mouvements choréiques du côté gauche, appréciables surtout dans les doigts et les orteils; huit jours après, le côté droit se prend à son tour, mais à un plus faible degré. Ouïe dure, surtout à gauche, diplopie, affaiblissement de l'œil gauche. Parole et déglutition difficiles; à chaque instant la langue vient se placer sous les dents qui la déchirent. Diminution de la mémoire, netteté de l'intelligence. On prescrit un bain et trois pilules d'un centigramme de strychnine, qui après trois jours produisent quelques raideurs dans le côté gauche. On porte la dose à 4 centigrammes de strychnine, qui augmentent les raideurs tétaniques, très-douloureuses et très-fatigantes pour la malade. Cependant les mouvements choréiques ont beaucoup diminué. On diminue d'un centigramme. Après neuf jours de traitement la malade peut coudre, marquer du linge, sauter à la corde; tout faisait croire à une guérison assurée.

Le 23 janvier, la jeune fille a eu une grande frayeur en voyant mourir une femme à côté d'elle. Les mouvements choréiques ont reparu instantanément. La strychnine est de nouveau prescrite, et la chorée disparaît plus rapidement encore que la première fois. Le 27 janvier tout allait bien, quand la malade reçoit du dehors une lettre qui l'agite vivement, et qui fait reparaître avec plus d'intensité que jamais les accidents choréiques. La strychnine, cette fois, employée pendant quatre jours, ne produisit pas la plus légère amélioration, les accidents augmentaient tous les jours. On y renonça pour lui substituer le sulfate de morphine à la dose de 20 centigram. dans 60 gram. de sirop simple à prendre par petites doses. Après deux jours de ce nouveau traitement, pas d'amélioration. Il n'y a pas un instant de sommeil et de calme. Les mouvements sont tels, qu'une paire de draps a été usée dans la journée et dans la nuit; 40 centigrammes de morphine, puis 60 centigrammes le jour suivant. L'agitation augmente; la peau du coude, des bras, du poignet, est excoriée, rouge, tuméfiée, et toutes les autres parties du corps qui frottent plus spécialement sur les draps commencent à rougir, et sont près de se déchirer. On prescrit un gramme du sel narcotique; mais les accidents deviennent effrayants: les bras, agités de mouvements désordonnés, tout meurtris, tout sanglants, gonflés comme s'ils étaient le siége d'un érysipèle phlegmoneux, vont se heurter avec une violence horrible contre les montants en fer du lit. Tout à coup le tronc se renverse en arrière et le corps forme un arc à convexité antérieure, puis survient un redressement subit dans le sens opposé. La tête

n'était pas moins violemment agitée : quand on voulait faire boire la malade, dont la soif était extrêmement vive, elle se précipitait sur la tasse ou sur la cuiller; mais, incapable de diriger ses mouvements, elle allait frapper les objets qu'on lui présentait avec le front, les yeux, le nez, et surtout les lèvres qui étaient contuses, coupées, saignantes. La langue était toute mutilée par les dents. Ce drame douloureux dura encore trois jours, pendant lesquels, malgré les doses énormes de deux grammes de morphine, les bains sulfureux, les affusions froides, l'agitation ne fit que s'accroître, au point que toute la peau du corps était usée, rouge, brûlante, excoriée. Enfin un calme de mauvais augure succède à ces scènes horribles, puis survient un collapsus profond pendant lequel la malade expire. A l'autopsie, l'encéphale et la moelle, examinés avec la plus scrupuleuse attention, ne présentent absolument aucune altération notable. On découvrit que cette fille était vierge, la membrane hymen existait encore.

Ce fait offre certainement un grand intérêt. D'abord la pratique offre rarement à observer une chorée aussi violente et donnant lieu à des accidents aussi terribles. On est même tenté de se demander si c'est bien là une chorée véritable, ou bien une forme particulière de tétanos. Ce renversement du corps en arrière et ce redressement subit n'indiquent-ils pas plutôt des phénomènes tétaniques que choréiques? M. Trousseau regrette d'avoir suspendu trop vite l'emploi de la strychnine. En comparant cette observation à celles de M. Rougier, de Lyon, que nous avons analysées dernièrement (Voir *Bulletin*, tome XXIV), nous serions porté à partager ce regret. M. Rougier, en effet, a vu que l'usage de la noix vomique devait être continué pendant assez longtemps, soit pour assurer la guérison, soit pour empêcher les récidives. (*Journ. de Méd.*, août 1843.)

DYSSENTERIE (*Nouvelle théorie et nouveau traitement de la*). Sans adopter le langage de Zimmermann, qui, frappé des ravages que la dyssenterie exerçait de son temps, disait qu'elle était plus dangereuse que la peste, il faut bien reconnaître cependant que cette maladie est grave, et qu'elle doit toujours être un sujet sérieux d'étude et d'examen. Ainsi l'a pensé M. Fouquet, médecin à Vannes, qui a envoyé à l'Académie un Mémoire étendu sur ce sujet, à l'occasion duquel l'honorable M. Bally a fait un rapport remarquable. Voici les opinions un peu aventureuses professées par M. Fouquet, qui, cependant, a observé la dyssenterie au Mexique et en Espagne, à Brest et à Toulon, à Alger et en Portugal. Il soutient que la dyssenterie n'est pas plus une inflammation que la colique de plomb. Pour lui, c'est une névrose convulsive clonique, dans laquelle les plexus abdominaux du grand sympathique, particulièrement les plexus hypogastriques, paraissent lésés. Par l'examen des causes, il trouve un appui à sa théorie. C'est surtout par la suppression de la transpiration que la maladie est produite. Or, cette cause n'est-elle pas celle qui donne lieu aux affections nerveuses en général? Mais, qu'importe après tout la théorie, si l'auteur est arrivé à un traitement curatif certain ? Ce résultat, nous n'oserions l'affirmer. M. Fouquet rapporte huit observations trop laconiques, au dire de M. Bailly. Voici les documents qu'elles présentent sur les médicaments et les formules employés. Le premier malade prit avec succès une potion d'eau distillée de pivoine, de coquelicot, avec la teinture de musc et le sirop de fleurs d'oranger; le second, une infusion de feuilles d'oranger avec le sirop de chèvrefeuille; au troisième, on donna l'eau de laitue, de coquelicot, de fleurs d'oranger, et le sirop d'œillet; les sixième et septième malades, outre les moyens précédents, prirent un ou deux lavements, avec addition de 15 centigrammes d'azotate d'argent cristallisé. Voici maintenant les résultats obtenus : dans la commune de Credin, un seul enfant a succombé sur soixante malades, pas un seul sur cent dans la commune de Saint-Servant. La cire fondue dans du lait a été employée dans la commune de Plumelet; le succès a été plus lent.

Avec l'honorable rapporteur de ce travail, nous pensons que très-probablement M. Fouquet n'a eu affaire qu'à des maladies contre lesquelles tout est bon, même l'expectation la plus passive. S'il avait eu à se mesurer contre les dyssenteries appelées putrides ou malignes par les auteurs, M. Fouquet ne pense pas sans doute qu'il eût retiré de grands avantages de quelques infusions de feuilles d'o-

ranger, ou d'un sirop de chèvrefeuille. (*Bull. de l'Acad. de Méd.*, 30 juillet 1843.)

ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE (*De l') considérée au point de vue pratique.* M. le docteur Dubreuilh vient de publier un bon travail pratique sur ce sujet. Nous allons en présenter à nos lecteurs les propositions principales, qui résument avec précision la conduite à tenir en pareille circonstance. L'éclampsie est l'une des maladies les plus graves qui peuvent atteindre les femmes pendant l'état puerpéral, état dans lequel on doit comprendre le temps de la gestation, celui du travail, et les suites de couches. Elle se développe sous l'influence de causes diverses, soit physiques, soit morales, qu'il n'est pas toujours possible d'apprécier. Elle peut attaquer les femmes à toutes les époques de la grossesse; mais, dans les premiers mois, elle est beaucoup moins fréquente, et la plupart des convulsions qui arrivent alors sont moins dangereuses pour la mère et pour l'enfant, et appartiennent davantage à un état hystérique ou spasmodique habituel qu'à l'éclampsie proprement dite. Les convulsions éclamptiques ont des caractères propres, qui permettent, dans la plupart des cas, de les distinguer d'autres maladies analogues. Pour M. Dubreuilh, il est assez probable que, par des soins bien entendus et par une observation sévère des règles hygiéniques, on pourra prévenir l'invasion de l'éclampsie dans le plus grand nombre des cas. Lorsque les convulsions de cette nature se sont développées, il faut se hâter de prévenir ou de détruire les congestions viscérales, notamment celles du cerveau, par tous les moyens généraux que la science conseille, en calculant leur action d'après la constitution et le tempérament des malades. Si les convulsions persistent avec violence malgré l'activité des moyens mis en usage, on voit fréquemment la femme avorter; alors la déplétion de l'utérus suffit, dans la grande majorité des cas, pour mettre un terme à ces accidents. Lorsque l'accoucheur sera appelé auprès d'une femme atteinte d'éclampsie dans les premiers mois de sa grossesse, il ne devra jamais perdre de vue qu'il a à conserver la vie de deux individus, et que tous ses efforts doivent tendre vers ce but. Il ne devra donc songer à provoquer la déplétion de l'utérus que lorsqu'il aura épuisé toutes les autres ressources, et lorsqu'il lui sera démontré qu'un plus long retard ferait nécessairement succomber et la mère et l'enfant. On devra se borner le plus généralement, dans les premiers mois, au décollement, à la déchirure, ou à la ponction des membranes, pour déterminer l'évacuation des eaux, et ne recourir à l'incision du col que dans quelques cas exceptionnels. La dilatation graduelle ne peut être tentée avec quelques chances de succès que si le col est dilaté et dilatable. Lorsque l'enfant est viable, on a quelques droits d'espérer sa conservation en provoquant l'accouchement. L'intensité des convulsions, l'imminence du danger, doivent servir de règles de conduite. Ainsi on appliquera de l'extrait de belladone sur le col, on fera pénétrer des morceaux d'éponge dans l'orifice, on favorisera enfin la dilatation, s'il y a possibilité de le faire sans trop d'efforts. Dans le cas où les accidents deviendraient par trop violents, on inciserait dans l'orifice, et si les contractions de l'utérus ne suffisaient pas pour l'expulsion du fœtus, on terminerait l'accouchement. Pendant le travail normal, on devra, toutes les fois que les efforts de la nature seront jugés suffisants et les convulsions assez peu intenses, abandonner l'accouchement aux contractions utérines. Mais, dans le cas où ces accidents augmenteraient de force et d'intensité, malgré les moyens puissants que l'art leur oppose, il n'y aurait plus à hésiter pour terminer l'accouchement selon les préceptes établis, l'expérience ayant bien souvent démontré qu'un long retard compromettait alors les jours de la mère et ceux de son enfant. Dans tous ces cas graves où le médecin est obligé de prendre sur-le-champ un parti décisif, où sa responsabilité peut être si sérieusement compromise, il est sage de s'entourer des lumières et des conseils de ses confrères. (*Journ. de Bordeaux*, août 1843.)

EMPOISONNEMENT *par l'acide arsénieux; emploi des vomitifs, du peroxyde de fer, et des diurétiques.* Nous reproduisons cette observation, du moins dans ses principaux détails, car elle est fort importante, et elle peut servir à élucider plusieurs points de pathologie toxicologique. Le 13

du mois de juillet dernier, M. le docteur Chappuis fut appelé à midi et demi pour donner des soins à Mlle X., qu'il trouva au lit dans l'état suivant : visage rouge et animé, yeux humides, paupières injectées et demi-fermées; un peu de céphalalgie, intégrité des fonctions intellectuelles, langue, cavité buccale et pharynx dans l'état normal, sans trace de substance vénéneuse quelconque; soif et mauvais goût à la bouche; saveur métallique, crachottement pénible; pas de constriction à la gorge. Avant l'arrivée du médecin, il y a eu deux vomissements dont la matière n'a pas été recueillie. Région abdominale peu sensible, même à la pression; pouls un peu fréquent, fort et parfaitement régulier; respiration facile; rien à la peau, dont la chaleur est un peu élevée. Quoique la malade racontât que c'était une indisposition subite, dont elle ne connaissait pas la cause, M. Chappuis jugea par l'ensemble des symptômes que c'était une affection volontairement provoquée, et par ses vives instances il la décida à avouer qu'à la suite d'une vive contrariété elle avait avalé à dix heures et demie, dans un verre d'eau, une cuillerée à bouche d'une poudre dont le reste fut trouvé caché entre deux matelas. Une petite pincée de cette poudre, projetée sur la flamme d'une bougie, répandit une odeur alliacée caractéristique. Plus de doute, cette jeune personne avait pris une quantité énorme *d'acide arsénieux*, que l'on peut évaluer approximativement à 20 grammes. Bien que la malade ne présentât pas les symptômes violents que l'on observe en pareil cas, M. Chappuis jugea cependant son état très-grave, et fit appeler M. Lecanu. En l'attendant, afin de provoquer les vomissements, il fit prendre à la malade 1 décigramme de tartre stibié dissous dans 200 grammes d'eau, et lui fit donner un lavement émollient avec addition de 100 grammes d'huile d'olives; une minute après, vomissement de matières liquides verdâtres, et d'un peu de sang, dont il retire quelques filaments et grumeaux blanchâtres, qu'un peu plus tard M. Lecanu reconnut positivement pour de l'acide arsénieux. A l'arrivée de M. Lecanu et d'un autre confrère, on administre de suite le peroxyde de fer hydraté, à la dose d'abord de 125 grammes délayés dans l'eau à la température ordinaire. Vomissements considérables. L'emploi du ferrugineux fut continué pendant deux heures et demie, et la quantité en dépassa certainement un *kilogramme*. A chaque verrée, nouveaux vomissements, qui se renouvelaient toutes les cinq minutes. De mauvaises conditions d'habitation font transporter la malade à la Maison royale de santé. Là, elle éprouve un violent frisson, le visage devient blanc mat, le pouls s'accélère. Continuation du ferrugineux, qui est toujours suivi de vomissements, tisane émolliente avec 2 grammes de nitrate de potasse. Demi-heure après, selle très-abondante, émission d'une notable quantité d'urine. A neuf heures du soir, amélioration, vomissements moins rapprochés, tendance au sommeil, dégoût pour les boissons. A trois heures du matin, syncopes légères, qui se renouvelèrent cinq à six fois jusqu'au lendemain matin. Lavement tenant en suspension du peroxyde de fer; tisanes émollientes; le soir, lavement purgatif. Depuis ce moment, l'amélioration se prononce et continue les jours suivants, au point que huit jours après l'accident, la malade était en pleine convalescence et se promenait dans le jardin. M. Lecanu a fait l'analyse des urines du deuxième et du cinquième jour, et y a trouvé une notable quantité d'arsenic. — Cette observation est remarquable d'abord sous le point de vue de la grande quantité d'arsenic ingérée, et qui, malgré cela, ou mieux, à cause de cela, n'a pas donné lieu à des symptômes très-violents. Les ouvrages de toxicologie renferment des cas analogues, mais presque tous suivis de mort, sans doute à cause de la sécurité dans laquelle la bénignité des symptômes plongeait les médecins et les malades. Il découle de ce fait, que lorsqu'on est bien convaincu que de l'acide arsénieux a été pris, quelque faibles, quelque nuls même que soient les symptômes au début, on ne doit pas rester inactif. L'histoire de cette malade prouve encore la parfaite innocuité des doses considérables du peroxyde de fer. Cet antitoxique a eu ici une action complexe; non-seulement il a servi à neutraliser une partie du poison, mais il a favorisé son expulsion en provoquant des vomissements. Cependant tout l'arsenic n'a pas été rendu par cette voie, et une partie a

été absorbée, puisqu'on en a trouvé dans l'urine. (*Gaz. méd. de Paris*, n° 32.)

ÉPIGLOTTE (*De l'inflammation de l') dans le cours des angines.* Les faits d'inflammation de l'épiglotte sont assez peu communs pour qu'on lise avec intérêt une analyse de l'observation suivante, prise dans le service de M. Louis, à l'hôpital Beaujon. Une fille de vingt et un ans, malade depuis deux jours, entra à l'hôpital le 2 mai; elle était atteinte d'une angine tonsillaire qui céda à un traitement approprié; mais, étant en pleine convalescence, elle éprouve une sensation de gêne au niveau du larynx, dont elle ne parle pas au moment de la visite. A midi elle est prise d'une difficulté notable pour respirer et qui augmente rapidement. A deux heures elle offre l'état suivant : décubitus assis, figure anxieuse, lèvres bleuâtres; respiration haute à 34, les ailes du nez se dilatent avec force dans l'inspiration, qui est pénible, sifflante, surtout celle qui précède la toux. Voix conservée, ayant son timbre naturel; parole entrecoupée; douleur assez vive au niveau de l'os hyoïde; c'est ce point que la malade désigne comme le siége de l'étouffement. La déglutition est à peu près impossible; *les boissons reviennent par le nez*, sinon en totalité, du moins en grande partie. Ce phénomène n'est pas le résultat d'efforts de toux ou de vomissement survenus pendant la déglution, car à ce moment la respiration est suspendue, et les liquides refluent en silence par les deux narines aussitôt après que le mouvement de déglution est opéré. L'examen de l'arrière-bouche ne fait voir qu'une rougeur légère du voile du palais, des piliers, de la paroi postérieure du pharynx, et un peu d'augmentation dans le volume des amygdales, qui dépassent encore de trois à quatre millimètres le bord libre des piliers. En abaissant fortement la langue, on voit profondément, vers la base de l'organe et sur la ligne médiane, un corps arrondi du volume d'une petite noisette, et d'une couleur blanchâtre. Douze sangsues sont aussitôt appliquées au niveau du larynx; elles coulent bien. A cinq heures du soir, il y a une amélioration notable dans la dyspnée; mais tous les autres symptômes persistent sans exception. Le lendemain, *les boissons reviennent toujours par le nez*. Le toucher fait reconnaître un gonflement notable de l'épiglotte, et en même temps une absence de tuméfaction appréciable des bords de l'orifice supérieur du larynx. Les jours suivants la douleur augmente, et une aphonie complète s'est déclarée; on applique quinze sangsues, des sinapismes aux jambes, on prescrit des lavements révulsifs, etc. Le sixième jour les accidents ont presque entièrement disparu et la malade sort le 1er juin complétement guérie.

Ce qu'il faut surtout remarquer dans cette observation, outre la douleur, l'aphonie, et la tuméfaction de l'épiglotte, c'est le retour des boissons par le nez, signe diagnostique de l'inflammation de l'épiglotte auquel M. Louis attache une grande importance, et qu'il a rencontré dans les six observations de cette maladie consignées dans ses *Recherches sur la phthisie*. (*Gaz. des Hôp.*, août 1843.)

EXOPHTHALMIE *produite par le développement d'un acéphalocyste solitaire dans l'orbite.* L'observation suivante que nous reproduisons d'après M. Goyrand, chirurgien d'Aix, prouve combien le diagnostic est important dans les cas d'exophthalmie, puisqu'une erreur peut avoir les suites les plus fâcheuses, en faisant sacrifier un organe qu'il eût été possible de conserver. Il s'agit d'un enfant de onze ans, chez lequel l'œil gauche repoussé en avant vers le nez, était tout hors de l'orbite, immobile, son axe dirigé en dehors. Les paupières distendues ne recouvraient l'œil qu'en partie, et leurs bords libres renversés en dedans tournaient leurs cils contre cet organe. Il y a de plus injection très-prononcée de la conjonctive; opacité commençante de la cornée et affaiblissement de la faculté visuelle. Les douleurs paraissent le résultat de la compression et de la distension des parties. Le début de l'exophthalmie remonte à deux ans. L'œil avait son volume normal, la tumeur qui l'avait déplacé faisait saillie au côté externe de la base de l'orbite, dont elle était bien distincte; dure, rénitente, elle donnait à la pression une sensation obscure de fluctuation : il s'agissait donc d'une tumeur liquide; quant à la nature intime, M. Goyrand pensa qu'il avait affaire à un kyste séreux ou purulent. Le 10 juin, après avoir fait connaître mon opinion à mes confrères, en y mettant toutefois une

certaine réserve, je procédai, ajoute l'auteur, de la manière suivante à l'opération : « J'incisai la commissure externe des paupières jusqu'à la tempe, et je fis écarter les bords de l'incision avec des crochets mousses. Comme je cherchais à inciser la conjonctive qui recouvrait la tumeur, par suite d'un mouvement que fit le malade, le bistouri perça le kyste; il en jaillit un liquide d'une limpidité parfaite. La tumeur se flétrit et s'affaissa. Avec une pince à crochets je saisis alors le kyste et la conjonctive qui le recouvrait et j'en excisai un lambeau avec les ciseaux courbes. Le kyste fut ainsi largement ouvert, j'y plongeai le doigt qui pénétra facilement jusqu'au fond de l'orbite, puis y ayant distingué un corps blanc, opalin, membraniforme, ridé, je le retirai avec la pince; c'était une hydatide solitaire qui, distendue, avait dû avoir le volume d'une grosse noix. L'hydatide extraite, l'œil est rentré de lui-même dans l'orbite, conservant sa direction oblique en dehors, et s'est enfoncé plus profondément que son congénère. L'incision de la conjonctive fut réunie par trois points de suture, et l'œil recouvert de compresses imbibées d'eau froide. Pendant deux jours le gonflement des deux paupières devint considérable; le 12, M. Goyraud retira les épingles; l'écoulement purulent est abondant; les parties se détuméfient: le 17, l'œil, qui était redevenu très-saillant par le fait de l'inflammation, a repris sa place dans l'orbite; son axe est toujours dévié en dehors; le jeune malade quitte la ville d'Aix; « le 1er juillet, il vient me revoir, dit M. Goyrand; il n'existe plus alors aucune trace d'exorbitisme ni d'ectropion. Le strabisme divergeant est moins prononcé; l'œil peut se diriger en avant; mais ne peut pas encore se tourner vers le nez; il n'existe plus d'injection à la conjonctive; la cornée s'éclaircit; la vue s'est déjà notablement améliorée. (*Ann. de Chir franç.*, août 1843.)

INJECTION IODÉE (*Kyste de l'intérieur du bassin guéri par une*). Nous extrayons d'un travail de M. Velpeau l'observation suivante, qui, au point de vue du diagnostic et du traitement, constitue, sans contredit, l'un des plus brillants succès dont un chirurgien puisse s'applaudir. Mais laissons parler l'auteur lui-même.

« Il se développe souvent autour des organes génitaux, dans la cavité pelvienne, chez les femmes principalement, des collections purulentes, hématiques, ou séreuses. Ces collections, sur lesquelles j'ai depuis longtemps appelé l'attention, soit dans mes leçons à l'hôpital, soit dans quelques-uns de mes ouvrages, compromettent gravement la vie des malades. La seule opération qu'on osât leur appliquer, l'incision, n'amène qu'un soulagement passager. Pas plus que l'incision simple d'une cavité close extérieure, elle ne détermine une guérison radicale. Après cette opération, la collection, un instant détruite, ne tarde pas à reparaître. De plus elle expose, si la plaie ne se réunit pas par première intention, à tous les dangers des opérations qui font naître les inflammations purulentes, c'est-à-dire qu'elle provoque souvent une inflammation aiguë de mauvaise nature dans l'intérieur du bassin, inflammation qui s'est transformée plus d'une fois en péritonite mortelle. Lorsque ces collections, qui ont lieu tantôt dans une cavité close accidentelle du tissu cellulaire sous-péritonéal, tantôt dans une cavité close accidentelle de l'épaisseur même des parois du vagin, de l'utérus, de la vessie ou du rectum, tantôt dans un cul-de-sac du péritoine transformé en cavité close par quelques adhérences ou quelque condition pathologique, sont formées par du pus, l'ouverture simple, soit par incision, soit par ponction, qu'on laisse ou non une canule dans la plaie, est la seule ressource chirurgicale qu'il soit prudent d'invoquer. Mais si la collection est représentée par du sérum ou par un liquide hématique, la propriété des injections iodées revient naturellement à l'esprit; l'occasion de les mettre à l'épreuve s'est présentée à moi dans le courant de l'année 1841.

« Une jeune dame, mariée depuis deux ans, impressionnable, nerveuse au dernier degré et un peu lymphatique, avait cessé d'être exactement réglée peu de temps après son mariage : bientôt des douleurs vives s'étaient établies dans le bassin et tout le côté droit du bas-ventre. La santé générale se détériora à tel point que cette dame, d'ailleurs douée d'un moral excellent et de beaucoup de courage, fut obligée de s'aliter complétement.

Divers médecins de son pays furent consultés. Pendant dix-huit mois, des traitements aussi nombreux que

variés furent essayés sans succès. La famille de la malade, désespérée, voyant d'ailleurs que des médecins appelés variaient d'opinion, ou plutôt n'avaient pas d'opinion bien arrêtée sur la nature de l'affection, prit le parti de l'amener à Paris. L'ayant examinée conjointement avec mon honorable collègue M. Andral et M. le docteur Faivre, je crus pouvoir diagnostiquer une collection de liquide brunâtre, couleur chocolat, derrière l'utérus, collection qui remontait vers la fosse iliaque droite.

Je conseillai, en conséquence, de ponctionner la tumeur par le vagin, et d'injecter par là une certaine quantité de liquide iodé, comme s'il se fût agi d'une hydrocèle. Je procédai huit à dix jours plus tard à l'opération ; un verre et demi environ de liquide rouge-brunâtre, évidemment hématique, mais très-fluide, sortit par la canule ; je poussai dans la cavité, d'abord de l'eau tiède à titre de lavage, puis de la teinture d'iode étendue d'eau. L'opération, qui eut d'abord les suites les plus simples, se compliqua au bout d'une douzaine de jours d'accidents nouveaux qui m'inspirèrent quelques inquiétudes. Ces accidents, qui se sont reproduits à des degrés variables depuis, nous ont toujours paru étrangers à la tumeur injectée. Toujours est-il que cette tumeur n'a point reparu, qu'elle est complétement oblitérée, et que Mme J... ne s'en ressent plus aujourd'hui. » (*Ann. de la chir. franç. et étrang.*, 1843.)

NÉVRALGIE TRIFACIALE (*Note sur un cas de*) *causée par la carie d'une dent molaire.* M. Chaponnière, et plus récemment M. Valleix, dans leurs *Traités sur les névralgies*, n'ont pu trouver dans la science un seul fait bien avéré, dans lequel l'extraction d'une ou plusieurs dents considérées comme cause d'une névralgie faciale, ait déterminé la cessation des accidents. On sait cependant qu'il est assez commun de rencontrer de pauvres névralgiques qui ont eu recours à cet expédient douloureux, dans des cas même où les dents ne présentaient aucune altération apparente. André a rapporté l'histoire d'un malade qui s'était fait arracher, sans aucun soulagement, toutes les dents d'un côté de la mâchoire inférieure. Ces faits jettent nécessairement beaucoup de doute sur l'opinion de ceux qui ont admis, sans preuves suffisantes, la nécessité de l'extraction des dents dans plusieurs cas de névralgie faciale. Cependant, voici une observation recueillie par M. Stille, qui prouve qu'il ne faudrait pas rejeter d'une manière absolue la carie dentaire comme cause de névralgie faciale, et l'extraction comme moyen thérapeutique efficace.

Une femme de vingt-sept ans est réveillée pendant la nuit par une douleur aiguë et lancinante dans la joue gauche, sur la tempe, derrière l'oreille, et le long du bord antérieur du muscle trapèze du même côté. Dès ce moment, elle fut en proie à des souffrances extrêmes, ne pouvant plus dormir, et n'ayant de trêve à ses angoisses qu'une heure ou deux par jour, le matin. La mastication était très-pénible, mais moins à cause de la sensibilité des dents, qu'à cause des accès de douleur que cet acte provoquait dans tout le côté gauche du cou et de la tête. On appliqua aux parties souffrantes des topiques rubéfiants et narcotiques, mais sans autre résultat qu'un soulagement momentané. C'est alors et dix jours après l'apparition des accidents, que la malade alla consulter M. Stille. Employant les moyens de diagnostic si heureusement trouvés par M. Valleix, M. Stille constata à la pression plusieurs points douloureux qui indiquaient que plusieurs rameaux du nerf trifacial et du nerf occipital étaient le siége de la névralgie. Il frappa toutes les dents avec une petite lime et il éveilla de la douleur sur la deuxième dent molaire, du côté gauche de la mâchoire inférieure. En visitant cette dent avec une sonde pointue, il découvrit un creux carié à la couronne. Il prescrivit l'extraction de la dent cariée. Soit ignorance, soit entêtement, le dentiste arracha la molaire à côté sans aucun bénéfice pour le patient. Deux jours après, M. Stille fit arracher la dent cariée, et tout d'un coup la douleur cessa. Le sixième jour après l'extraction, il ne restait plus la moindre trace de douleur ni spontanée ni provoquée. (*Arch. gén. de méd.*, août 1842.)

PNEUMONIE (*De la*) *survenant dans le cours d'une dyssenterie, et de son traitement*). Des faits nombreux établissent la fréquence de la pneumonie chez les sujets qui, à la suite d'affections plus ou moins graves, offrent une dépression considérable des forces. Parmi ces affections,

la dyssenterie tient assurément le premier rang. C'est dans ces maladies complexes et compliquées que la pratique devient grave et difficile. Vous avez, d'un côté, une inflammation parenchymateuse, contre laquelle les saignées produisent des effets héroïques; mais de l'autre, un sujet dont l'état dynamique vous oblige rigoureusement à vous abstenir de toute soustraction sanguine. Il vous reste la ressource de l'émétique à haute dose; mais, théoriquement, oserez-vous l'employer sur un malade dyssentérique? Oui, si vous consultez l'expérience, les faits nombreux cités par Laennec, et plus récemment corroborés par ceux de M. Grisolle. Dans tous ces cas, la théorie est tout à fait en défaut, et le résultat démontre combien sont vaines et chimériques les craintes que l'emploi du tartre stibié à haute dose pouvait susciter relativement à la maladie de l'intestin. En voici un nouvel et très-concluant exemple, pris dans le service de M. Louis, à l'hôpital Beaujon.

Un homme de 28 ans, maréchal, est pris le 23 décembre, sans cause connue, d'un peu de dévoiement, qui augmente les jours suivants pendant un mois, au bout duquel, se sentant très affaibli, il se fait porter à l'hôpital Beaujon. Le 24 janvier, on constate une grande maigreur, une faiblesse et un allanguissement remarquables. Céphalalgie légère; sens intacts; langue nette, humide; soif médiocre; appétit; abdomen douloureux partout; coliques assez vives par intervalles; plusieurs selles liquides et peu abondantes dans la nuit. Rien d'anormal dans les poumons et le cœur. Traitement gommeux et opiacé. Ces symptômes s'améliorent pendant les jours suivants, mais le 3 février, il est pris de pneumonie à gauche, et les selles augmentent de fréquence. Potion gommeuse avec trois décigrammes de tartre stibié. Le lendemain, quoique la potion ait déterminé trois selles et des vomissements, l'état général du malade est meilleur, la pneumonie s'est amendée. Même prescription. La tolérance s'établit, les symptômes s'améliorent peu à peu, la dyssenterie a cessé, et la pneumonie marche vers une résolution franche. Le 10 février, le malade entre en convalescence, et sort le 25, parfaitement guéri. (*Gaz. des Hôp.*, août **1843.**)

POLYPES UTÉRINS (*De la cure spontanée des*). Tel est le titre d'un Mémoire que vient de publier M. Marchal (de Calvi), dans les *Annales de chirurgie*, et dont le mérite, plus spécialement bibliographique, est de présenter et de réunir dans le même cadre les principaux faits d'élimination spontanée de polypes utérins jusqu'alors disséminés, et pour ainsi dire perdus dans les annales de l'art. De ces recherches, il résulte pour l'auteur, que l'élimination spontanée de ces polypes peut s'effectuer de six manières différentes : 1° par destruction gangréneuse sur place; 2° par accouchement du polype ou expulsion; 3° par atrophie, ulcération ou gangrène du pédicule; 4° par élongation, amincissement et rupture du pédicule; 5° par suite du travail de l'accouchement; 6° enfin par éradication soudaine.

Suivant le premier mode d'élimination, le pédicule étranglé suspend et empêche la nutrition du polype, qui s'enflamme et ne tarde pas à tomber en gangrène. L'expulsion par accouchement est précédée de pertes plus ou moins répétées ; une dernière hémorrhagie se manifeste plus abondante ordinairement, et le corps anormal est expulsé. Dans ce mode d'élimination, on observe les phénomènes de la parturition, et on peut dire que la malade accouche d'un polype. Quant à la chute du polype suivant le troisième mode, par atrophie, elle s'observe lorsque le pédicule est serré circulairement par le col. Dans le quatrième cas, c'est le poids du polype qui agit exclusivement : mais un polype peut exister chez une femme grosse, et alors ou il est situé au col utérin sur le passage de l'enfant, ou il est situé dans la cavité. Dans le premier cas, l'enfant entraîne le polype, ainsi que l'a vu M. le professeur P. Dubois; dans le second, le polype ébranlé, séparé par le travail de l'accouchement, finit par être expulsé hors de la matrice. Enfin il y a éradication toutes les fois qu'un polype est arraché violemment, instantanément par suite d'un effort soudain. Le pédicule est comme tordu d'un seul coup sur lui-même : nous citerons l'observation XXe du Mémoire de M. Marchal, parce qu'elle constitue l'unique exemple de ce dernier mode d'élimination des polypes utérins, et qu'elle nous a paru à plusieurs titres digne de fixer l'attention des praticiens. — ***Obs.*** **Mme X...,** de-

meurant rue Saint-Jacques, ayant toujoursétébien portante, très-active, éprouva, vers l'âge de quarante-cinq ans, des pertes utérines, non très-abondantes, mais fréquentes; elle se plaignait en même temps de douleurs dans les aines et dans les reins. M. D., qu'elle consulta, l'examina, crut à un engorgement de l'utérus, et prescrivit des applications de sangsues réitérées, des bains, des lavements, un régime doux, le repos général, et surtout celui de l'organe malade. Ce traitement ne produisit aucune amélioration; il n'en fut pas moins continué pendant plusieurs années. Mme X., affaiblie par les sangsues, affaiblie par les métrorrhagies, commençait à se décourager, lorsqu'un jour, en se préparant elle-même un bain, elle souleva un cylindre très-pesant, et sentit un objet s'échapper de ses parties génitales. S'étant aussitôt saisie de cet objet, elle s'écria qu'elle venait de rendre un cœur de volaille. En fait, elle venait d'être débarrassée, par un violent effort, d'un polype qui avait effectivement quelque vague ressemblance, dans la forme, avec un cœur de poulet. C'était ce polype qui avait amené les pertes et tous les symptômes précités, pour lesquels, en vue d'une métrite supposée, cette pauvre femme avait été soumise au traitement antiphlogistique pendant un si long temps.

Le corpsanormal était entièrement formé de tissu utérin. Je l'ai présenté à l'Académie; plusieurs membres l'ont examiné attentivement, et aucun doute ne s'est élevé sur sa texture; c'est donc avec raison que j'ai regardé le cas comme doublement remarquable; il l'est, en effet, et par l'élimination du polype, et par la nature de celui-ci.

Un petit écoulement de sang eut lieu à la suite de la brusque élimination du polype, et s'arrêta presque aussitôt. Dès ce jour, Mme X... n'éprouva plus aucune espèce d'incommodité du côté des voies génitales. Je l'ai revue plusieurs fois pour une légère affection intestinale, et elle ne cesse de se louer de ce qu'elle appelle *la cure du cylindre*. (*Ann. de chir. franç. et étrang.*, août 1843.)

SCIATIQUE (*Traitement empirique de la*) *conduisant au traitement rationnel.* Il existe à Cassano une femme qui, depuis longues années, jouit de la réputation de guérir les névralgies sciatiques. Le moyen qu'elle emploie, et auquel elle doit de nombreux succès, consiste dans l'application d'une certaine herbe sur le talon, herbe qui y produit une plaie. Divers médecins, étonnés eux-mêmes des résultats obtenus par ce moyen, ont soupçonné d'abord et ont ensuite reconnu que le remède si renommé était la feuille fraîche du *ranunculus sceleratus*, qui, comme on le sait, jouit d'une action vésicante énergique. Le docteur Rossi Fioravente a tiré parti de cette découverte, et afin d'avoir à sa disposition un médicament facile à se procurer en toute saison, car le *ranunculus* ne croît qu'en été et en automne, il fait usage de la pâte de cantharides nouvellement préparée, et appliquée sur le talon dépouillé de ses callosités. Afin d'obtenir un effet convenable, il est surtout indispensable de détruire les concrétions épidermiques au moyen de cataplasmes qui les ramollissent, et permettent de les enlever avec un bistouri. Il faut ensuite laver le talon avec un vinaigre fort, et appliquer dessus 15 grammes de pâte de cantharides nouvelles qu'on y maintient vingt-quatre heures, le temps convenable pour obtenir une vésication complète. Si alors elle n'a pas eu lieu, on réapplique la même quantité de pâte et de la même manière. Le docteur Fioravente a recueilli douze observations de sciatiques, qui avaient résisté à divers moyens, et qui furent guéries complétement par l'emploi de ce moyen. Il observe cependant que, dans ces diverses sciatiques, il n'y en avait ni de trop récentes, parce que celles-ci cèdent assez facilement au traitement antiphlogistique, ni de trop anciennes, parce qu'elles résistent à tous les moyens, même à celui que met en usage la femme de Cassano. Le médecin italien tire de ses observations les conclusions suivantes : la sciatique est une maladie plus facile à vaincre par les révulsifs que par tout autre remède, vérité reconnue déjà par les auteurs les plus anciens, et aussi par quelques modernes; la révulsion est beaucoup plus puissante au talon que sur tout autre point du membre malade. On sait que Cotuguo obtenait, dans le traitement de la sciatique, de nombreux succès de l'emploi des révulsifs, et surtout de la pâte de cantharides qu'il appliquait plusieurs fois s'il était nécessaire, et toujours là où

les rameaux nerveux étaient les plus superficiels; ainsi au-dessous et à la partie externe du genou, ou bien en dessous et à la face externe du dos du pied. Quant au fait actuel, il paraît bien certain, d'après les guérisons empiriques de la femme de Cassano, les observations du docteur Polli, et celles de l'auteur, que le talon est le point où la révulsion est le plus efficace, et où il est le plus facile d'obtenir une cessation prompte et durable de la douleur nerveuse. (*Annali univers. di med. Revue médicale*, août 1843.)

TUMEURS SANGUINES FONGUEUSES (*Considérations générales sur les*). Les tumeurs sanguines, plus connues sous le nom de tumeurs érectiles, depuis les travaux de Dupuytren, viennent d'être étudiées avec beaucoup de soin par M. le professeur Roux, dans une série de leçons fort intéressantes, dont nous reproduisons le côté plus particulièrement pratique. Il y a dans toutes les tumeurs, dit M. Roux, certains rapports d'organisation et de siége, qui, sous un point de vue philosophique, les font considérer comme appartenant toutes à la même famille; et cela est vrai surtout si on envisage leur point de départ, qui peut constamment se rapporter à une lésion vasculaire. Des tumeurs fongueuses, les unes consistent dans un développement considérable de tous les vaisseaux artériels qui se trouvent dans une région donnée, notamment des capillaires; d'autres sont formées par l'extravasation lente du sang, s'échappant des vaisseaux et se confondant avec les tissus dans lesquels il s'épanche, pour y former une masse, un tout particulier avec eux. Ces tumeurs, qui sont de l'espèce la plus grave, sont heureusement les plus rares. Un troisième genre de tumeurs, signalé pour la première fois par Pott, est celui dans lequel les parois des vaisseaux sanguins se percent de petits trous, deviennent une sorte de crible à travers lequel on voit le sang sourdre lentement, puis s'infiltrer dans les tissus, où il forme des tumeurs sanguines aréolaires, de nature veineuse ou artérielle. Pott a beaucoup insisté sur la différence qui existe entre ces tumeurs d'apparence anévrysmale et les anévrysmes ordinaires. Cette distinction des tumeurs fongueuses, fondée sur leur structure anatomique, importe donc au chirurgien, puisqu'elle doit en faciliter le diagnostic, et qu'elle éclaire le pronostic que l'on devra porter sur chacune d'elles en particulier. Quant à leur origine, on sait que si elles peuvent se développer spontanément dans des parties où rien d'anormal n'en faisait présumer la formation, il est plus commun de les voir succéder à des taches originelles appelées *nævi materni*. Les taches rouges vermeilles sont ordinairement de nature artérielle, et donnent lieu à des tumeurs fongueuses artérielles, tandis que les taches noirâtres sont constituées par des veines et produisent des tumeurs veineuses. D'après l'influence qu'ont ces taches de la peau sur le développement ultérieur des tumeurs sanguines, il est aisé de comprendre le conseil donné par M. Roux, de se hâter de les enlever, d'autant plus qu'à cette époque l'opération est très-simple, les tissus n'étant que très-superficiellement altérés dans leur texture.

M. Roux cite sa fille propre, qui, tout enfant, portait une tache large comme l'ongle du pouce sur la tempe droite, et de laquelle il l'a guérie par une compression longtemps continuée. La tache disparut peu à peu, il n'y resta qu'un petit cercle un peu plus foncé que la peau environnante, mais qui disparut aussi tout à fait un peu plus tard. Elle en fut radicalement guérie, car elle vécut jusqu'à l'âge de vingt-sept ans sans autre suite. Mais les *nævi materni* se présentent sous deux aspects différents, ou bien ils forment des taches aplaties, ou ils constituent des tumeurs saillantes à la surface du derme. On a prétendu que ces dernières pouvaient seules se transformer plus tard en tumeurs fongueuses, et que celles-là seulement exigeaient une prompte ablation. C'est là une opinion qu'il ne faudrait pas accepter d'une manière absolue, car l'expérience a souvent montré des tumeurs sanguines résultant de taches congénitales, aplaties ou à peine saillantes. C'est ainsi que Deschamps, chirurgien en chef de la Charité avant Boyer, avait à la jambe une tache congénitale, n'ayant aucun des caractères des *nævi materni*, qui produisent les tumeurs sanguines; il la porta toute sa vie; pourtant, à un âge fort avancé, elle devint mollasse et fongueuse, acquit un volume plus

considérable, et de temps en temps se fendillait, donnant lieu à des hémorrhagies assez abondantes. — Mais la peau n'est pas seule le siége des *nævi materni;* quelques pathologistes, parmi lesquels Wardrop, ont admis qu'il en existait dans le tissu cellulaire sous-cutané, et dans d'autres parties. Scarpa, dans son traité des anévrysmes, rapporte un cas remarquable de tumeur fongueuse trouvé dans l'épaisseur du tibia. Les membranes muqueuses sont aussi le siége des *nævi;* seulement comme ces membranes ont une couleur rouge, les taches congénitales peuvent ne pas y être visibles. M. Roux a enlevé une tumeur sanguine à la partie inférieure du rectum; il pense qu'elle avait eu pour germe une tache semblable. Passant au traitement des tumeurs sanguines, M. Roux range tous les moyens thérapeutiques sous quatre groupes applicables aux différentes indications. En premier lieu, se présente l'extirpation des tumeurs par l'instrument tranchant; cette opération exige, pour être efficace, que l'on coupe les tissus là où les vaisseaux sont à l'état normal; J. L. Petit a beaucoup insisté sur cette indication. Disons que l'extirpation est aujourd'hui peu pratiquée; d'autres moyens la remplacent avantageusement. Ce sont, dans le deuxième groupe, tous les agents capables de faire disparaître la tumeur par la compression; mais celle-ci n'est applicable qu'autant que les tumeurs sont peu considérables, et qu'elles occupent une région où se trouve un plan osseux sous-jacent. Viennent en troisième lieu tous les moyens relatifs à la ligature des tumeurs ou des vaisseaux qui les alimentent, soit générale, soit partielle, soit avec les aiguilles, soit avec les fils simples. Enfin le dernier groupe renferme la série des moyens nombreux qui ont été proposés dans ces derniers temps, et dont le but est d'enflammer les tumeurs sanguines, afin de les transformer en tissu moins anormal, et susceptible de résolution ou d'atrophie Telles sont les aiguilles du professeur de Montpellier; la cautérisation, le séton, la déchirure des cavités qui constituent ces tumeurs, et l'injection successive de liquides irritants ou caustiques; tous procédés qui peuvent convenir chacun dans des circonstances particulières, et subordonnés à des indications spéciales. Enfin, il est quelquefois à propos d'associer plusieurs de ces différents modes de traitement, si on veut obtenir une guérison prompte et durable; c'est ce que démontre l'observation suivante, par laquelle nous terminerons avec l'auteur du travail que nous analysons.

Une jeune fille de dix-huit ans porte depuis sa naissance une petite tumeur violacée à la lèvre inférieure. Dans sa jeunesse, on remarqua que la langue avait plus d'épaisseur du côté gauche, et y offrait une coloration bleuâtre. Aujourd'hui, 12 avril, on observe sur la lèvre inférieure une tumeur qui en occupe les deux tiers à gauche, et surtout la face muqueuse, qui est renversée en avant, au point que la surface cutanée de la lèvre est couchée contre le menton. Cette tumeur est bleuâtre, bosselée, ridée, molle, réductible par la compression; sans battement isochrone aux pulsations artérielles. Si le malade fait des efforts ou se penche en avant, elle double de volume, devient grosse comme un petit œuf, tendue, lisse, mais toujours sans battements. La moitié gauche de la langue offre une altération semblable. Cette affection s'étend à gauche, un peu sur la face interne de la joue. Après avoir diagnostiqué une tumeur sanguine veineuse, M. Roux la circonscrit avec ses épingles enfoncées du côté de la muqueuse, puis entourées de fils, en comprenant dans chaque ligature la plus grande épaisseur possible de la lèvre. A trois reprises, il passe ensuite horizontalement dans la tumeur un stylet rougi à blanc. Après l'opération, la tumeur se gonfle, et devient tendue et luisante. Le 3 mai, M. Roux retire les épingles devenues mobiles. La tumeur a la consistance de la chair, son volume a diminué. Vers le 18, elle commence à reprendre sa résistance primitive. Le chirurgien passe trois sétons à la base de la tumeur de la lèvre, avec le même fil qu'il introduit trois fois en zigzag, de dehors en dedans, et *vice versâ.* Le résultat est l'augmentation de volume de la tumeur et de sa densité. Le 13 juin, hémorrhagie veineuse, qui exige une ligature comprenant le bord libre de la lèvre. Le 15, on enlève la ligature, qui a coupé une partie de l'épaisseur des tissus étranglés par elle. Le 9 juillet, voyant que la tumeur s'est beaucoup réduite, M. Roux se décide à en enlever la plus grande partie par l'instru-

ment tranchant, et pour cela, la tumeur étant tenue avec deux pinces, il incise d'un seul coup de ciseaux toute la portion qui regarde la bouche. On laisse un lambeau de membrane muqueuse d'un centimètre d'étendue, afin d'avoir une lèvre normale. Hémorrhagie, tamponnement, puis compression contre l'arcade dentaire. Le 10, on panse à plat; le 15, suppuration abondante; cautérisation de la plaie avec le nitrate acide de mercure étendu d'eau. Le 20, la plaie est presque cicatrisée, la lèvre a repris son volume presque ordinaire, seulement elle est un peu violacée. Le 26, la cicatrisation de la plaie étant complète, la jeune fille quitte l'hôpital. (*Gaz. des hôpit.*, nos des 1er et 5 août 1843).

ULCÉRATIONS DU COL UTÉRIN (*De la valeur symptomatique des*). Contrairement à l'opinion du plus grand nombre des praticiens, qui, toutes les fois qu'il existe une ulcération du col, la regardent comme la maladie principale, et s'attachent surtout à la combattre, M. Gosselin pense que, dans la majorité des cas, l'ulcération du col n'est qu'une partie fort accessoire de la maladie, et que celle-ci est reellement constituée par la phlogose du tissu utérin, et surtout de la surface interne de la matrice.

Pour arriver à ce résultat, l'auteur, ancien interne de l'hôpital Lourcine, établissement consacré aux maladies des femmes, a dû examiner et comparer trois ordres de faits : 1° ceux dans lesquels l'ulcération existe seule, sans catarrhe utérin ni engorgement; 2° ceux dans lesquels le catarrhe utérin existait avec ou sans engorgement, mais l'ulcération manquant; 3° Enfin ceux dans lesquels il y avait tout à la fois ulcération, catarrhe et engorgement. Or, ses observations l'ont conduit à admettre que les cas d'ulcération simple du col, sans engorgement ni catarrhe, sont rares, et qu'on ne les observe guère que dans le cours de la vaginite. Ces ulcérations, quelquefois granuleuses, très-superficielles, indolores au toucher, souvent d'un rouge foncé, et que l'on ne peut reconnaître qu'à l'aide du spéculum, constituent, en quelque sorte, un épiphénomène de la phlegmasie vaginale; aussi ne donnent-elles lieu à aucun accident et disparaissent-elles promptement. Passant ensuite au catarrhe utérin, l'auteur dit qu'on a confondu sous cette dénomination plusieurs lésions fonctionnelles de l'utérus, qu'il importe pour la thérapeutique de bien distinguer. Ainsi le mot catarrhe s'appliquera seulement à ces écoulements blanchâtres ou jaunâtres qui sont le résultat d'une inflammation de la membrane interne de l'utérus, et on réservera celui de *leucorrhée* ou *flueurs blanches* aux écoulements de matière muqueuse que l'on rencontre chez un si grand nombre de femmes, et que l'on doit regarder comme une simple exagération de la sécrétion normale sans état inflammatoire. Cette distinction une fois établie, M. Gosselin a hâte d'arriver au catarrhe utérin avec ulcération et engorgement du col; c'est que là, pour lui, se trouve le point le plus important de son travail, celui où il recherche le rôle de l'ulcération dans les cas dont il s'agit. Ces cas, désignés généralement sous le nom d'*ulcérations du col*, comme si l'ulcération était le fait capital, indiquent, suivant lui, une métrite complexe dans laquelle la phlogose a envahi toutes les parties anatomiques entrant dans la structure de l'utérus. Dans l'opinion de l'auteur, la phlogose de la membrane interne de la matrice est toujours la partie dominante de la maladie; c'est elle qui préexisterait aux autres altérations organiques qui ne seraient que secondaires, procréées pour ainsi dire et entretenues par la phlegmasie de la muqueuse. Cette manière de voir, qui nous paraît d'accord avec les faits dans le plus grand nombre des cas de métrite chronique avec engorgement et ulcération, se trouve pleinement confirmée par l'examen des causes qui produisent cette affection utérine, et qui tendent nécessairement à amener d'abord la phlogose de la surface interne de la matrice; ainsi l'avortement et les parturitions laborieuses : l'hypertrophie du tissu utérin n'a lieu que secondairement, et l'ulcération s'observe en dernier lieu. « Il y a plus, c'est que quel que soit, ajoute l'auteur, le mode de traitement que j'ai vu employer dans les divers hôpitaux où j'ai observé, j'ai toujours constaté que la guérison des malades affectées de métrite complexe n'était réelle que lorsqu'avaient disparu et le catarrhe utérin, et l'engorgement, et l'ulcération. Or, il m'est plusieurs fois arrivé d'observer des malades

chez lesquelles l'ulcération ayant disparu, les mêmes accidents continuaient parce que le catarrhe utérin existait toujours. » La conséquence naturelle qui découle de ces considérations, c'est que pour obtenir la guérison de cas semblables, il faut ne pas se borner à faire disparaître l'ulcération, mais combattre surtout et l'engorgement et le catarrhe utérin. Quant au mode de traitement qui serait le plus convenable, M. Gosselin regarde comme un abus dangereux l'emploi presque exclusif que font beaucoup de praticiens de la cautérisation : « Les cautérisations, dit-il, ne peuvent avoir aucune influence sur la surface interne de l'utérus, et lors même qu'elles feraient disparaître l'ulcération, elles n'empêcheraient pas la persistance du catarrhe utérin. » Persuadé que le catarrhe utérin et l'engorgement du col ne peuvent pas disparaître sans que disparaisse aussi l'ulcération qui est leur conséquence, M. Gosselin donne la préférence aux injections émollientes, aux bains, au repos, à la saignée générale et aux dérivatifs sur le canal digestif. Quant aux injections intra-utérines, conseillées dans ces derniers temps par M. Vidal, l'auteur les rejette à cause des accidents formidables qu'elles ont déterminés. (*Ann. de chir. fr. et étrang.*, août 1843.)

VARICE ANÉVRYSMALE (*Observation de*). L'observation suivante nous a paru digne d'intérêt non-seulement par la rareté des symptômes qu'elle présente, la marche et la gravité de la maladie; mais encore par le résultat d'un traitement qui a été des plus heureux, la ligature d'après la méthode ancienne ayant parfaitement réussi dans un cas où le procédé d'Anel avait été insuffisant.

Un élève en médecine, âgé de dix-neuf ans, reçut, au mois de novembre 1835, un coup de rapière sur la tempe droite: l'hémorrhagie forte paraissait avoir sa source dans la veine et l'artère temporale; un témoin chercha en vain à l'arrêter; elle cessa spontanément au bout de deux heures. La plaie était verticale, longue de trois pouces et demi; elle était profonde et remplie de caillots de sang : un chirurgien enleva ces derniers, et une petite artère, probablement la transverse de la face, donna; on en fit la torsion. On réunit au moyen de la suture entortillée, et on appliqua des fomentations froides : quelques jours après on enleva les aiguilles, et bientôt la plaie fut guérie. La moitié droite de la face resta encore pendant quelque temps tuméfiée, et les muscles orbiculaire et frontal à demi paralysés, en ce que la paupière de ce côté ne pouvait être complétement fermée, ni le front ridé; la sensibilité de la mâchoire supérieure était émoussée. Peu de temps après, le jeune homme entendit dans l'oreille droite un bruissement particulier, et à l'angle inférieur de la plaie, au-devant du lobule de l'oreille, il se forma une petite tumeur dans laquelle on sentit distinctement des pulsations; elle était élastique, facile à comprimer, non douloureuse à la pression; peu à peu elle augmenta de volume, et au bout de quelques mois elle s'étendit en haut sur la veine temporale et à ses branches frontales. En septembre 1836, on essaya de lier l'artère temporale, mais on n'y réussit pas. En octobre de la même année, le malade s'adressa à M. le professeur Chelius, à Heidelberg. La tumeur avait alors acquis le volume d'une noix, n'était pas nettement circonscrite, et commençait au-dessous du lobule de l'oreille. Elle était indolente, élastique, bleuâtre, avec des pulsations évidentes au toucher et à la vue; l'auscultation y fit entendre un bruit de soufflet s'étendant même jusqu'aux tempes. La veine temporale avait acquis la grosseur d'un doigt, les branches frontales gauche et droite un peu moins volumineuses que le tronc principal, le long desquelles on sentait des sillons profonds dans l'os frontal.

En faisant une compression au-dessous de la tumeur dans la fosse mastoïde ou sur la carotide commune droite, les veines variqueuses s'affaissèrent immédiatement, les sillons de l'os frontal devinrent plus apparents, les bruits et les pulsations cessèrent aussitôt. M. Chelius mit le malade à une diète convenable et essaya en vain, pendant deux mois, la compression au moyen de la machine construite à cet effet, mais dont l'application ne put jamais être supportée plus de cinq minutes. Le 18 janvier 1837, le chirurgien de Heidelberg fit la ligature de la carotide commune à l'endroit où elle est croisée par le muscle omo-hyoïdien; dès que le fil fut serré la

veine s'affaissa, les pulsations, le bruit de soufflet et les tremblements cessèrent. Mais trois jours après la varice reparut avec tous les symptômes, sans doute parce que la circulation s'était rétablie par les nombreuses anastomoses de la carotide droite avec les branches correspondantes de l'artère opposée, et peut-être aussi par le cercle artériel de Willis; vingt-un jours après l'opération on enleva la ligature, et la plaie guérit en peu de temps. Cinq années après, l'état du malade était encore le même, de plus, des veines de l'occiput étaient aussi très-dilatées et les sillons du front plus profonds. Les veines au-dessous de la varice, vers les jugulaires, paraissaient oblitérées, car, en comprimant le sac anévrysmal, on ne pouvait pas faire passer le sang par en bas. L'artère qui s'élève le long de la branche de la mâchoire inférieure était dilatée; ce vaisseau était plus sensible au toucher, et ses pulsations plus fortes qu'au côté opposé; au-dessus de la varice anévrysmale, on ne pouvait plus toucher l'artère temporale, les pulsations de toute la carotide droite étaient tout aussi distinctes que celles du côté opposé. Le malade, qui craignait toujours les suites de son anévrysme, qui au reste le défigurait beaucoup, s'adressa à M. Stromeyer, qui entreprit sur lui une nouvelle opération le 3 mars 1842.

Après avoir fait coucher le malade sur le côté gauche et après avoir fait comprimer par un aide l'artère sur la branche montante de la mâchoire inférieure, et par un autre aide les veines variqueuses du front, le chirurgien fit, au-devant de l'oreille sur la tumeur même, une incision longue d'un pouce et demi : il s'écoula beaucoup de sang; dans la profondeur du sac, on découvrit avec peine une petite ouverture dans laquelle on pouvait introduire une sonde; on disséqua tant bien que mal la partie inférieure du vaisseau dilaté, et on l'entoura d'une ligature. Dès que les aides cessèrent de comprimer, le sang jaillit par saccades, parce que la ligature ne fermait pas complétement. On appliqua une seconde ligature plus bas, et l'hémorrhagie cessa ; on put s'assurer alors que la veine variqueuse était oblitérée vers le bas. Il n'y eut pas d'hémorrhagie par les veines frontales, mais bien par un vaisseau très-fort qui faisait communiquer les veines de l'occiput avec le sac anévrysmal; on engagea dans ce vaisseau une sonde, et on le lia; la place fut ensuite nettoyée. Les parois des veines, aussi loin qu'on pouvait le voir, ne paraissaient pas épaissies : les fils de la ligature furent réunis dans l'angle inférieur de la plaie, les bords de celle-ci réunis par six points de suture, et recouverts de bandelettes agglutinatives, de plumasseaux, de compresses d'eau froide et de fomentations à la glace. Les pulsations au-dessous du sac continuèrent encore pendant quelques jours, mais celles de l'artère temporale au-dessus ne purent toujours pas être perçues. Le malade perdit à peu près 8 à 10 onces de sang. Sous l'influence d'un traitement consécutif approprié, les suites de l'opération furent heureuses; les ligatures tombèrent le 11 et le 12 mai; les pulsations au-dessous du sac cessèrent, et l'opéré sortit guéri de l'hôpital le 21 juin.

Deux mois après, la tumeur avait complètement disparu, la cicatrice était belle; plusieurs veines du front sont oblitérées; d'autres, diminuées de calibre, sont devenues moins apparentes; les sillons existent encore, et les veines qui y sont logées sont visibles dans l'état ordinaire, se gonflent lorsque le sang se porte accidentellement à la tête. (*Archiv. fur physiologische heilkunde. Gaz. méd. de Paris*, août 1843.)

VARIÉTÉS.

L'inauguration de la statue de Bichat a eu lieu à Bourg, le 24 août dernier, avec un grand éclat. M. Pariset était venu y représenter l'Académie de médecine; M. Royer-Collard (Hippolyte), la Faculté de mé-

decine de Paris; M. Forget, celle de Strasbourg; M. H. Larrey, la Société médicale d'émulation ; M. Roux, les médecins de Marseille ; M. Bonnet et un grand nombre de ses confrères, les médecins de Lyon.

Quand la statue a été découverte, le canon l'a saluée de plusieurs salves. Tout le monde a contemplé la belle conception de l'artiste, M. David (d'Angers), qui a représenté Bichat étudiant sur un enfant le mouvement de la vie, et ayant à ses pieds un cadavre voilé : ingénieuse et fidèle allégorie des *Recherches sur la vie et la mort.*

Un grand nombre de discours ont été prononcés, et la cérémonie s'est terminée par un grand banquet.

— La Cour de cassation vient de rendre un arrêt fort important, qui fixera la jurisprudence dans les cas de déclaration de naissance de la part des médecins, fait qui avait été jugé contradictoirement par plusieurs tribunaux. Voici cet arrêt, qui indique d'ailleurs les circonstances de la cause qui lui a donné lieu :

« La Cour, attendu que l'article 56 du Code civil n'impose aux personnes y dénommées qu'une obligation formelle, celle de déclarer le fait de la naissance de l'enfant à laquelle elles ont assisté;

« Que cet article n'exige pas que l'on déclare les noms des père et mère de l'enfant;

« Attendu que les dispositions de l'article 56 précité ne sauraient être étendues, alors surtout qu'il s'agit d'appliquer la disposition de l'article 346 du Code pénal, qui lui sert de sanction;

« Attendu que ledit article se réfère uniquement à l'article 56 du Code civil, et ne s'occupe que de la déclaration qu'il prescrit;

« Attendu que, dans l'espèce, il est déclaré par le jugement attaqué que Mallet avait déclaré à l'officier de l'état civil le fait de la naissance de l'enfant à laquelle il avait assisté en qualité de médecin accoucheur, ainsi que le sexe de l'enfant et les prénoms qu'il lui donnait, et qu'en refusant de lui déclarer le nom de la mère de cet enfant, il n'a point contrevenu aux dispositions de l'article 346 du Code pénal; que par conséquent le jugement attaqué, en relaxant ledit Mallet de la poursuite dirigée contre lui, n'a violé ni méconnu lesdits articles;

« Par ces motifs, rejette le pourvoi. »

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

CONSIDÉRATIONS SUR LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DU CROUP ET DU PSEUDO-CROUP.

Par M. VALLEIX, médecin des hôpitaux.

La discussion qui s'est élevée récemment, dans ce journal même, sur le traitement du croup, nous fait un devoir d'exposer d'une manière générale ce que l'expérience de ces dernières années nous a appris de plus précis sur ce sujet; c'est seulement, en effet, en rassemblant les divers documents fournis par les observateurs, en les comparant et en les soumettant à un examen critique impartial, qu'on peut espérer d'approfondir ces importantes questions thérapeutiques, dont la solution intéresse non-seulement le salut des malades, mais la réputation du médecin.

Le lecteur se rappelle sans doute que M. Haime a établi en principe que la méthode *topique substitutive* est le traitement principal, sinon le seul utile de cette redoutable maladie, sur laquelle les recherches de M. Bretonneau ont, il y a quelques années, jeté une si vive lumière. Le but de cet article est principalement de rechercher ce qu'il y a de vrai dans cette proposition qui a généralement paru trop exclusive.

Comme je l'ai déjà fait dans un précédent article sur les névralgies, je crois devoir, avant d'entrer dans les considérations sur le traitement, présenter l'exposé rapide du diagnostic différentiel du croup et du pseudo-croup; car, on ne saurait trop le répéter, le diagnostic doit toujours marcher avec la thérapeutique. Il est bien entendu que je ne parlerai ici que du diagnostic différentiel de ces deux affections entre elles; c'est là, en effet, le seul point réellement important pour le traitement. Pour s'en assurer, il suffit de jeter un coup d'œil sur les discussions qui ont eu lieu au sujet du traitement du croup. On voit que les principales difficultés sont venues de ce que les auteurs se sont mutuellement reproché d'avoir pris de simples laryngites striduleuses pour de véritables croups, et d'avoir attribué à ces derniers des guérisons qui n'appartenaient qu'aux premières. Il faut donc d'abord établir avec le plus grand soin leurs différences, si l'on veut arriver à des conclusions thérapeutiques inattaquables.

Diagnostic. Ce qui caractérise surtout le *pseudo-croup* ou *laryngite striduleuse*, c'est, après quelques symptômes légers de

trachéite simple qui ne forcent l'enfant ni à suspendre ses jeux, ni à s'aliter, qui ne diminuent pas notablement l'appétit et qui n'occasionnent point de symptômes fébriles bien marqués, 1° l'apparition d'un *accès* ordinairement très-intense, effrayant, et de nature à faire croire à l'existence d'une maladie très-grave; 2° après cet accès, le retour d'un calme complet, et la disparition de tous ces symptômes si alarmants, qui se reproduisent ensuite au bout d'un temps plus ou moins long. Voilà, je le répète, le caractère essentiel; mais il est en outre quelques détails importants qui viennent ajouter à la facilité du diagnostic et que, par conséquent, il importe de signaler. Pendant l'accès, il y a une dyspnée intense avec menace de suffocation, la voix est rauque et la toux est ordinairement croupale; mais on n'observe pas, même alors, cette abolition plus ou moins complète de la voix, cette *aphonie* si remarquable que nous allons trouver dans l'autre maladie. Si l'on examine la base des mâchoires et des parties supérieures du cou, on n'y trouve pas de ganglions engorgés et douloureux. L'exploration de l'arrière-gorge peut dans quelques cas faire découvrir un peu de gonflement des amygdales et de rougeur du pharynx, mais elle sert en même temps à faire constater l'absence des fausses membranes sur les parties accessibles à la vue; enfin, dans la matière de l'expectoration ou des vomissements, on ne trouve point de débris de pseudo-membrane. Tels sont les caractères du pseudo-croup; en les résumant, nous trouvons une affection avec peu de fièvre, dont le début réel est léger, et dont le début apparent est constitué par des accès très-violents, contrastant avec le peu d'intensité des symptômes généraux, et séparés par des intervalles dans lesquels l'enfant paraît entièrement rendu à la santé. En outre il faut remarquer ceci : le premier accès est, dans la presque totalité des cas, le plus fort, et les autres diminuent graduellement d'intensité.

Dans le croup nous trouvons des symptômes bien différents. Cette affection est, comme chacun sait, accompagnée d'un mouvement fébrile ordinairement intense : aussi, dès le début, avant qu'il y ait eu de véritables accès de dyspnée, trouvons-nous des symptômes qui annoncent déjà une maladie grave. Ainsi, des frissons plus ou moins répétés, la céphalalgie, l'abattement, l'anorexie, ordinairement un mal de gorge, qui s'accompagne assez souvent d'un gonflement douloureux des ganglions sous-maxillaires. Déjà, comme on le voit, il y a une différence marquée entre les deux maladies; mais en poursuivant la comparaison, nous la trouverons plus grande encore. Le premier accès qui survient est ordinairement moins intense que dans le pseudo-croup, et dans les intervalles plus ou moins rapprochés qui séparent les accès

suivants, on trouve encore des symptômes graves dus à l'état fébrile et à l'inflammation spécifique locale : tels sont l'accélération du pouls, l'agitation, l'abattement, l'assoupissement ; en un mot, tous les symptômes inquiétants qui ont été décrits avec soin par les auteurs. La voix et la toux sont d'abord croupales ; mais bientôt leur sonorité diminue, la voix en particulier s'altère profondément, et il survient une aphonie plus ou moins complète. Si, avant l'apparition de ces signes qui annoncent la présence de la fausse membrane dans le larynx, on explore l'arrière-gorge, on aperçoit, dans la grande majorité des cas, des plaques pseudo-membraneuses dont le principal siége est sur les amygdales et qui tendent à envahir, d'une part le larynx, et de l'autre l'arrière-cavité des fosses nasales. Enfin, plus tard, on trouve très-souvent dans la matière de l'expectoration ou du vomissement, des lambeaux de fausse membrane, qui, lorsqu'ils se présentent sous forme de rubans allongés ou de portions de tube, ne laissent pas de doute sur le diagnostic.

Ainsi, sous quelque rapport qu'on envisage ces deux maladies, on peut, lorsqu'on examine attentivement les symptômes, parvenir facilement à les distinguer. On voit clairement alors que des deux affections celle qui au premier accès paraissait la plus grave et semblait menacer les jours du malade, est, en réalité et de beaucoup, la plus légère ; et par là s'expliquent ces guérisons si rapides et presque miraculeuses de tant de croups emportés en quelques heures.

Traitement. — Maintenant que les différences de ces deux affections sont bien établies, voyons quel est le traitement qu'on a appliqué avec le plus de succès à l'une et à l'autre. Tant que les deux maladies n'ont pas été soigneusement distinguées, il est évident qu'on a dû les confondre dans le traitement. Aussi ne doit-on avoir égard qu'à ce qui a été dit à ce sujet depuis que les recherches de M. Bretonneau et les articles de M. Guersant ont clairement établi les différences du croup et du pseudo-croup.

Suivant ce dernier auteur, un traitement un peu actif est très-rarement nécessaire dans le pseudo-croup : quelques boissons émollientes, le repos, de légers laxatifs sont suffisants pour faire disparaître ces symptômes qui paraissaient si graves. A l'appui de cette opinion, M. Guersant cite les résultats de sa longue pratique, dans laquelle, à l'aide de ce traitement si simple, il n'a jamais vu la maladie se terminer d'une manière fâcheuse. Cependant on trouve dans quelques auteurs des exemples de terminaison funeste, et dans lesquels l'autopsie a permis de constater l'absence de toute fausse membrane dans le larynx. Il est donc des cas qui ont une certaine gravité, et qui, quoique rares,

ne doivent pas laisser d'inspirer quelques craintes au praticien.

Si l'affection s'annonce par des symptômes un peu plus intenses qu'à l'ordinaire, on a recours à quelques moyens plus énergiques que les précédents. On met en usage d'abord les sangsues, les saignées qui peuvent être utiles, mais dont la valeur précise ne nous est pas connue. Viennent ensuite les vomitifs qui sont si efficaces dans le traitement d'un bon nombre de maladies des voies respiratoires ; je ne crois pas qu'on doive les négliger, et quoique M. Guersant ne les conseille que dans les cas où il y a de la fièvre et de l'agitation, je pense que leur emploi pourrait, sans inconvénient, être plus généralisé ; car ce qu'il y a à craindre surtout dans l'affection, c'est le prolongement de l'accès de dyspnée, dont la principale cause ne nous est pas entièrement connue. Mais faut-il, comme le veulent quelques médecins, employer de préférence des substances particulières telles que le *sulfate de zinc et de cuivre?* c'est ce qui n'est nullement démontré.

Les *laxatifs* et les *purgatifs* seront pour la même raison mis en usage ; mais leur action moins générale et moins énergique doit inspirer beaucoup moins de confiance au médecin. Enfin, les topiques irritants tels que les *vésicatoires*, les *sinapismes* autour du cou, compléteront ce traitement qui, je le répète, doit, dans la plupart des cas, être très-simple.

Je n'ai point cité, à dessein, quelques autres moyens thérapeutiques, tels que l'*assa-fœtida*, le *camphre*, le *musc*, les *acides minéraux*, le *sulfate de quinine*, etc., parce que les expérimentations sont tout à fait insuffisantes, et que dans un article de la nature de celui-ci on ne doit admettre que les opinions qui ont au moins un commencement de preuve. Toutefois, je ferai une exception en faveur de l'*opium*, dont on est ordinairement beaucoup trop sobre dans les maladies des enfants, et qui, dans les affections de poitrine en particulier, a de si grands avantages.

Enfin se présente une question bien importante et sur laquelle les médecins n'ont pas suffisamment fixé leur attention, c'est celle de la *trachéotomie* appliquée à cette affection ordinairement si légère. J'ai déjà dit que quelques cas pouvaient être assez graves pour entraîner la mort. Or, ce résultat funeste est évidemment dû à l'asphyxie. Il n'y a rien en effet dans les symptômes locaux ni dans les symptômes généraux qui pût expliquer la mort, si la difficulté de la respiration, due très-probablement au gonflement de la muqueuse pharyngienne, et peut-être à un spasme du larynx, n'était là pour rendre compte et des phénomènes si graves de la maladie, et de leur terminaison fatale. La conclusion qu'on doit tirer de ces considérations est bien simple : quelle

que soit la cause qui détermine l'asphyxie par défaut d'air, lorsque la mort est imminente, la première indication à remplir est de rétablir la respiration près de s'interrompre. On ne saurait donc blâmer le médecin qui, voyant un enfant livide, sans mouvement, faisant des efforts faibles et infructueux pour attirer l'air dans sa poitrine, presque sans pouls, en un mot sur le point d'expirer, pratiquerait une opération qui seule peut offrir quelques chances de succès. Ce n'est point, en effet, la cause de la suspension des mouvements respiratoires qu'il faut examiner, mais cette suspension elle-même, quand il s'agit de se décider dans des cas aussi graves. J'ai cru devoir insister sur ce point, parce que beaucoup de médecins pourraient ne pas se croire suffisamment autorisés à pratiquer l'opération, en l'absence de toute fausse membrane.

Croup. Le traitement du croup est beaucoup plus compliqué, et on le conçoit facilement quand on a égard à la gravité de la maladie, à la rapidité avec laquelle elle parcourt quelquefois ses périodes, et aux idées que quelques médecins se sont faites sur sa nature.

Le croup se présentant ordinairement avec des symptômes inflammatoires, on a été naturellement porté à le traiter par la médication dite *antiphlogistique*, c'est-à-dire par les *saignées abondantes* et par les émollients; mais on n'a pas tardé à s'apercevoir que cette inflammation a quelque chose de spécifique, et il ne fallait pas, en effet, de grands efforts d'esprit pour se convaincre qu'une maladie principalement caractérisée par la formation de fausses membranes qui se renouvellent si souvent avec la plus grande facilité, différait sensiblement de l'inflammation simple qu'on voit si souvent occuper les mêmes organes. On a tenté, il est vrai, de combattre cette interprétation naturelle des faits, en disant que tout dépendait du degré de l'inflammation; mais cette objection tombe d'elle-même, puisque l'on voit tous les jours des pharyngites et des laryngites très-intenses déterminer la suppuration des organes, sans produire cette fausse membrane si remarquable dans le croup. On n'en saurait donc douter, et c'est au reste une manière de voir aujourd'hui presque universellement admise, l'inflammation croupale a quelque chose de tout spécial. S'ensuit-il que la saignée ne doive pas être employée? Non sans doute, et par plusieurs raisons. D'abord, il n'est point démontré que ce moyen n'agisse que dans les cas où il existe une inflammation simple; et, en second lieu, les auteurs ont cité des faits où, si la saignée n'a point procuré une guérison radicale, du moins elle a produit un soulagement marqué; par conséquent, renoncer entièrement à ce moyen serait une imprudence réelle. C'est principalement au début que la saignée doit être mise en usage. Quant aux émollients, ils n'ont jamais été et ne peuvent être considérés que comme des adjuvants.

Vient ensuite l'emploi des *vomitifs*, et en particulier de l'*émétique*, sur lequel il importe d'insister. En examinant un assez grand nombre d'observations, je suis arrivé, sur ce point, à un résultat remarquable consigné ailleurs, et que je ne peux m'empêcher de reproduire ici. « Dans 53 cas, on a employé 31 fois comme médication principale l'émétique et l'ipécacuanha, et sur ce nombre de cas il y a eu 15 guérisons, c'est-à-dire près de la moitié. 22 fois, au contraire, on a donné les vomitifs avec parcimonie : il n'y a eu qu'une seule guérison. Différence énorme qui, malgré le petit nombre des observations, me paraît être plus qu'une simple coïncidence. Je suis d'autant plus porté à y voir une preuve de l'efficacité des vomitifs, qu'en envisageant les faits sous un autre point de vue on arrive à un résultat qui se rapproche beaucoup du précédent. Parmi les 31 sujets traités énergiquement par les vomitifs, 26 ont rendu des fausses membranes dans les efforts des vomissements, et de ce nombre 15, ou près des 3/5es ont guéri. Les 5 autres, au contraire, n'ont pas rendu un seul fragment de fausse membrane, et ils sont tous morts. Restent maintenant les 22 sujets chez lesquels les vomitifs n'ont été employés que d'une manière timide et comme moyen secondaire. De ce nombre, 2 ont rejeté des fausses membranes, et 1 a guéri. Les 20 autres n'ont pas rendu de lambeaux pseudo-membraneux, et ils sont tous morts. »

On ne peut douter, après avoir vu ce résultat, que l'émétique n'ait une efficacité réelle dans le traitement du croup, et il me paraît démontré que cette substance agit en favorisant le décollement et l'expulsion des fausses membranes, aussi bien qu'en diminuant l'inflammation locale. Ces faits sont au reste d'accord avec ceux qui ont été publiés dans ce journal par M. Delarroque, et avec ceux que M. Marrotte a consignés dans la *Gazette médicale*.

Restent maintenant d'autres vomitifs, tels que le *sulfate de cuivre*, le *sulfate de zinc*, etc., employés par quelques médecins. Si on examine attentivement les faits sur lesquels les auteurs se sont appuyés pour préconiser ces médicaments, on voit bientôt que ces substances n'ont aucun avantage sur le tartre stibié; et comme elles ont des inconvénients qui ne résultent pas de l'emploi de cette dernière substance, le médecin agira prudemment en s'en tenant au vomitif ordinaire. Mais je dois ajouter que celui-ci, pour agir avec toute son efficacité, doit être employé avec plus d'énergie et de persévérance qu'on ne le fait ordinairement. A cet effet, on doit l'administrer dans une potion qui en contient de 5 à 15 centigrammes, suivant l'âge, que l'on donne par cuillerées de quart d'heure en quart d'heure, et qu'on renouvelle dès qu'elle est finie. Ainsi l'émétique est administré sans relâche, et l'administra-

tion des dernières doses ne laisse pas à la maladie le temps de réagir contre l'action des premières. L'apparition de symptômes toxiques graves pourrait seule empêcher les médecins d'insister sur cette médication.

Que penser de l'emploi des *préparations mercurielles?* Il est bien difficile de se prononcer à cet égard. Nous savons qu'on a administré le calomel à l'intérieur; qu'on a fait pratiquer des frictions mercurielles sur les côtés du cou, etc. Mais quel est l'effet réel de ces moyens? C'est ce qu'il est impossible de dire. Toutefois il résulte, du vague même dans lequel nous laissent les observations des auteurs, que le mercure, fût-il administré aux doses considérables conseillées par Autenrieth (jusqu'à 2 grammes de calomel en 24 heures à un enfant de 5 ans 1/2), ne doit inspirer qu'une confiance limitée, et qu'on ne doit regarder les préparations mercurielles que comme de simples adjuvants : les mêmes réflexions s'appliquent au *sulfure de potasse* et au *polygala*, ainsi qu'aux *sels alcalins*.

Pour déplacer l'inflammation qui siége sur le larynx, on a ordinairement recours aux *topiques irritants*, placés sur le cou, et l'on sait que M. Bretonneau veut qu'on applique sur cette région des vésicatoires qui n'agissent que superficiellement et qui ne déterminent pas le soulèvement de l'épiderme. Les sinapismes, les frictions avec une substance irritante, sont employés dans le même but. Depuis que le diagnostic différentiel du croup et du pseudo-croup a été établi sur des bases solides, aucun médecin n'a eu l'idée de se borner, dans le traitement de la première de ces maladies, à l'emploi des révulsifs cutanés; aussi personne aujourd'hui ne leur accorde-t-il d'autre valeur que celle de simples adjuvants. On doit même dire qu'il y a une assez grande tendance à les abandonner, depuis qu'on a trouvé des moyens beaucoup plus puissants, tels que les vomitifs répétés et la cautérisation du pharynx, dont il va bientôt être question. Il est à craindre, dans les cas où le mouvement fébrile est très-intense, que ces topiques irritants n'ajoutent encore à son intensité. C'est donc au praticien à juger de l'opportunité de leur application.

Je me borne à mentionner les *antispasmodiques*, les *narcotiques*, les *sudorifiques*, etc., sur lesquels il n'y a rien de précis à dire, et je me hâte d'arriver à la médication *topique*, ou *substitutive*, pour me servir de l'expression de M. Haime.

En suivant attentivement la marche du croup, M. Bretonneau a vu que la première apparition de la fausse membrane avait presque toujours lieu dans le pharynx, d'où elle se propageait ensuite au larynx. L'arrêter dans ses progrès était donc une indication qu'il importait de saisir,

et que ce praticien n'a pas laissé échapper. Il serait inutile d'entrer ici dans des détails sur le mode particulier à employer pour la cautérisation du pharynx : je les ai longuement exposés ailleurs. Porter dans l'intérieur du pharynx, sur la fausse membrane et dans tous les points occupés par l'inflammation spécifique, un *caustique puissant*, tel que l'acide hydrochlorique, l'acide sulfurique, le nitrate acide de mercure, l'alun en poudre, les chlorures de chaux et de soude, ou mieux encore le nitrate d'argent cristallisé en solution dans l'eau distillée, c'est en quoi consiste cette médication. Le but du médecin est de *substituer* à l'inflammation spéciale qui produit les fausses membranes une inflammation simple qui tend naturellement à la guérison : c'est ce qui a fait donner à cette médication le nom de substitutive.

On ne peut pas nier que ce traitement n'ait eu des résultats très-avantageux, et récemment les faits cités par M. Haime sont venus montrer tout le parti qu'on en peut tirer. Mais s'ensuit-il qu'on doive se borner exclusivement au traitement par les caustiques appliqués sur l'arrière-gorge? C'est ce que je ne saurais admettre, et sous ce rapport je partage entièrement l'opinion du rédacteur en chef de ce journal : ce serait vouloir se priver de médicaments qui, ainsi que nous venons de le voir, ont un degré d'efficacité incontestable, et notamment des vomitifs si remarquables dans leurs résultats. Voici donc en résumé comment je crois que doit être dirigé le traitement du croup.

Comme les progrès de la maladie peuvent être très-rapides, et que sa gravité augmente beaucoup dès que la fausse membrane a envahi le larynx, on doit, sans perdre de temps, sans s'attacher à combattre un symptôme plutôt qu'un autre, ou un élément morbide en particulier, mettre immédiatement en usage les moyens auxquels nous avons reconnu une certaine efficacité. Ainsi, une ou plusieurs saignées, lorsque la chose est possible ; une ou plusieurs applications de sangsues au cou ; l'emploi non interrompu de l'émétique, la cautérisation de l'arrière-gorge, des topiques révulsifs lorsque le mouvement fébrile n'est pas trop considérable, les frictions mercurielles, tous ces moyens doivent être employés à la fois et continués jusqu'à ce que le calme de la respiration, la cessation du mouvement fébrile et des autres symptômes généraux aient annoncé un amendement réel dans les lésions locales. Tant que de nouvelles observations ne seront pas venues nous prouver qu'un seul de ces moyens suffit, *dans tous les cas,* pour procurer la guérison, un praticien prudent ne se privera volontairement d'aucun d'eux. C'est là une conclusion générale qui ressort de tout ce qui a été dit plus haut, et qu'il m'a paru important d'appuyer sur les faits précédemment cités.

Je n'ai point parlé dans cet article de la *trachéotomie* appliquée au véritable croup. Je n'ai pas cru devoir le faire, parce que c'est là une question tout à fait à part, et qui aujourd'hui est résolue pour tout le monde. La trachéotomie n'est en effet pratiquée que lorsque les autres moyens ont échoué, lorsque par conséquent elle seule offre quelques chances de salut pour le malade. Or, il est évident qu'alors le médecin ne peut se dispenser d'y avoir recours, et il n'y a pas là matière à discussion. Peut-être pourrait-on se demander si la trachéotomie ne devrait pas être pratiquée à une époque moins avancée de la maladie? Mais cette question est très-délicate, il serait dangereux de l'aborder prématurément, et elle ne me paraît pas pouvoir être résolue dans l'état actuel de la science.

VALLEIX.

DE L'EMPLOI DU NITRATE DE POTASSE A HAUTE DOSE DANS LE TRAITEMENT DU RHUMATISME ARTICULAIRE.

Par M. MARTIN SOLON.

(Suite et fin.)

§ IV. *Rhumatismes et rhumatalgies rebelles au nitrate de potasse.*

Voici les cas principaux dans lesquels le nitrate de potasse a échoué. Nous indiquerons les observations sans en donner les détails. Un cas de rhumatisme articulaire sub-aigu, compliqué d'état goutteux habituel; plusieurs faits de rhumatismes articulaires chroniques et apyrétiques; plusieurs cas de goutte qui ont cédé, soit aux ventouses, soit aux onctions mercurielles, soit à la compression. Le nitrate de potasse a encore échoué dans la pleurodynie et dans les rhumatismes apyrétiques des muscles du cou et des épaules, que l'on combat avec efficacité, dans le commencement de leur développement surtout, par l'emploi des douches de vapeur et des autres moyens qui rétablissent et augmentent la transpiration. Enfin le nitrate de potasse a été impuissant contre ces douleurs vagues qui parcourent, sans exciter de fièvre, les systèmes synoviaux, fibreux, musculaire et nerveux, que Gosse a si bien nommées rhumatalgies, et qui, lorsqu'elles sont devenues habituelles et chroniques, exigent la modification active que déterminent les vésicatoires, etc., ou la perturbation plus prolongée que l'on obtient à l'aide des bains de mer, des eaux sulfureuses, etc., etc.

Tels sont les faits qu'avec la coopération de MM. Dumesnil, Chereau,

Reymond, Contour, Duchosal et Arnaud, j'ai recueillis sur le rhumatisme traité par le nitrate de potasse à haute dose, et dont je me suis attaché à retrancher les longueurs et les redites qui auraient fatigué le lecteur. Voyons rapidement les données générales qui en découlent.

DEUXIÈME PARTIE : APERÇU DES EFFETS PHYSIOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES DU NITRATE DE POTASSE DONNÉ A HAUTE DOSE DANS LE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU. — CONCLUSIONS.

Administration. — Il est évident, d'après les faits que nous venons d'exposer, que le nitrate de potasse à haute dose est sans inconvénient, et produit au contraire des avantages incontestables dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu. Pour obtenir ces résultats il faut que les malades soient exempts d'irritation inflammatoire grave des voies digestives. L'état saburral, l'ictère faible, apyrétique et sans lésion organique, n'en contre-indiquent pas l'emploi. Nous avons vu ces complications se dissiper, sans moyens spéciaux, pendant que Dérouineau faisait usage du médicament. Il faut enfin le prescrire aux doses de 8, 10 et 15 grammes par litre de tisane, de manière que le malade prenne dans les vingt-quatre heures de 16, 20, 40 ou même 60 grammes du sel potassique. La dose ordinaire est de 30 grammes; on ne doit arriver à 60 que quand la soif est vive et qu'il devient nécessaire d'accorder 5 ou 6 pots de tisane pour étancher la soif. On peut employer pour véhicule une simple limonade, une infusion de fleurs de tilleul, de fleurs pectorales, de feuilles de petit chêne ou de toute autre plante légèrement aromatique qui s'accommoderait au goût du malade. La tisane sera convenablement édulcorée; toujours potable à l'hôpital, il est facile de la rendre agréable en ville. On la donne par verre, d'heure en heure ou de demi-heure en demi-heure, selon la quantité qu'on en doit administrer. Le malade la prendra chaude ou froide, suivant son désir : la plupart la préfèrent à cette dernière température.

Si le rhumatisant est peu altéré, on devra porter à 15 grammes la dose de nitrate de potasse par chaque litre de boisson. Plusieurs de nos malades ont pris de cette manière un ou deux pots de cette solution saline édulcorée, sans répugnance. Dans d'autres cas, nous avons fait transformer plusieurs grammes en pilules, et nous avons ainsi évité de prescrire une trop grande masse de liquide. Nous croyons qu'il faut éviter ces modes d'emploi, puisqu'ils équivaudraient aux solutions très-concentrées dont on a signalé les inconvénients.

Appareil digestif. — La tisane de nitrate de potasse, même à 15 grammes, convenablement préparée, n'est pas désagréable; elle

désaltère et passe facilement. Trois de nos malades au plus l'ont prise avec dégoût. Elle était pesante et difficile à digérer pour Joséphine; mais elle l'avait commencée à la dose de 60 grammes, ce que l'on doit éviter.

Plusieurs de nos malades ont éprouvé, pendant l'usage de cette tisane, du dévoiement. Cette diarrhée s'est passée d'elle-même chez Bernard et chez Potain, tout en continuant l'usage du nitrate de potasse; nous voulions constater par là l'innocuité du médicament. Néanmoins, dans les cas semblables, nous ajoutons par litre de tisane 10 grammes de sirop de pavot blanc pour faciliter la tolérance de l'azotate alcalin. Nous avons constaté le résultat heureux de cette addition. Quelques rhumatisants ont été opiniâtrément constipés en prenant ce sel, même à la dose de 60 grammes. Il a fallu donner des lavements émollients à Small pour vaincre cette constipation. Enfin la facilité avec laquelle plusieurs malades ont pris des potages en faisant usage du médicament, et le prompt retour des facultés digestives de l'estomac dès le commencement de la convalescence, prouvent la complète innocuité de l'azotate de potasse sur le canal digestif.

Appareil circulatoire. — En général les battements du cœur ont diminué d'énergie, le pouls a perdu de sa force et de sa vitesse, mais il est resté habituellement quelque temps au-dessus du type physiologique. Son abaissement n'a jamais été rapide et notable comme on l'observe par l'usage de la digitale ou du tartre stibié à haute dose. L'amélioration des symptômes articulaires avait lieu le plus souvent pendant que les battements artériels conservaient encore un peu de fréquence. Le pouls devenait normal durant la convalescence, souvent même alors il descendait au-dessous de ce type. Ainsi chez Denis et chez Balaka il est tombé à 60, et chez Marie à 48, cinq jours après qu'ils eurent cessé l'usage du nitrate de potasse. Il semble donc qu'en général l'appareil circulatoire a éprouvé un effet sédatif, mais lent et modéré, de l'influence de ce médicament.

Nous n'avons point assez de faits convenablement observés pour nous occuper de l'état du sang soumis à l'action de cet agent thérapeutique. Cependant ceux que nous possédons nous portent à penser que le fluide circulatoire perd de sa fibrine. Alors, pourquoi le nitrate de potasse ne convient-il pas dans toutes les autres phlegmasies; a-t-il une action spéciale sur celle des articulations? Nous ne saurions maintenant répondre à ces questions.

Appareil respiratoire. — Nous n'avons rien observé de notable dans cet appareil. Ses fonctions semblaient plutôt devenir plus faciles qu'augmenter de gêne et d'embarras.

Peau. — En général la température de la peau s'est abaissée, et une douce moiteur s'est établie ; des sueurs abondantes ont même eu lieu chez quelques malades; plusieurs ont mouillé de quatre à huit chemises. Mais on doit se rappeler que ce phénomène est assez commun sous l'influence des autres traitements ; il m'a semblé même que les éruptions qui accompagnent ces sueurs abondantes ont été plus rares chez nos malades ; ainsi nous avons eu à noter deux fois ces éruptions miliaires ou eczémateuses qui accompagnent les sueurs abondantes, et une fois seulement des sudamina, si communs dans le cours ordinaire du rhumatisme aigu.

Urine. Comme dans tous les cas de rhumatisme, l'urine de nos malades était, avant le traitement, jumenteuse, très-acide, dense (1018 à 1028), ordinairement de couleur brique, quelquefois jaunâtre, et déposait abondamment de l'acide urique rouge et des urates mêlés d'une petite quantité de mucus. Le traitement commencé, l'urine restait rarement jumenteuse ; le plus souvent nous la trouvions claire, limpide, jaune orangé, modérément acide, un peu plus abondante qu'auparavant, et en proportion correspondante à celle des boissons ; l'acide urique et les urates y étaient plus étendus ; elle conservait cependant sa densité première, quelquefois même celle-ci devenait plus considérable, à cause du nitrate de potasse entraîné dans la sécrétion, et que nous avons souvent obtenu cristallisé à l'aide d'une simple évaporation. Dans quelques cas néanmoins l'acide urique prédominait; le papier de tournesol et la couleur pourpre que prenait l'urine par un excès d'acide nitrique le démontraient. Dans d'autres cas, plus rares, nous trouvions cette excrétion neutre ou alcaline ; elle présenta ce dernier caractère chez Potain.

L'urée se trouvait en excès dans l'urine de Lecomte, de Bernier, d'un Allemand et de Small. Une densité de plus de 1,030 le faisait prévoir. L'addition de l'acide nitrique, en proportion de deux tiers sur un d'urine, déterminait une faible effervescence, une altération de couleur, et immédiatement ou plusieurs heures après, la formation de belles paillettes ou de belles aiguilles de nitrate acide d'urée, dont la quantité représentait souvent la moitié du volume de l'urine examinée. Il nous a semblé qu'une fois cette substance avait modifié la cristallisation du nitrate de potasse.

La présence de cet excès d'urée dans l'urine n'est pas particulière au rhumatisme. Nous en avons rencontré des quantités tout aussi considérables chez quelques sujets atteints d'une simple courbature ; ces malades guérissaient après quelques jours de repos et de diète, et à leur sortie l'urine avait perdu sa densité anormale et repris ses caractères

physiologiques. C'est cet état particulier de l'urine que M. Robert Willis appelle *azoturie*, dans l'ouvrage qu'il a publié en 1838, *Urinary diseases and their treatment* (*Traduction inédite du docteur Chereau*).

Nous avons encore trouvé cet excès d'urée chez un jeune sujet arrivé à l'hôpital avec une pleuro-pneumonie légère, qui tendait à sa solution spontanée et qu'un nuage critique annonçait. On eût dit que par une sorte de mutation de son excès de fibrine en urée, transmise au dehors par l'urine, le sang se débarrassait du principe surabondant qui caractérise l'état inflammatoire.

Un excès d'acide nitrique ajouté à l'urine de Dérouineau, affecté d'une jaunisse très-peu intense, a fait prendre au liquide une belle teinte verdâtre qui nous a démontré qu'il contenait la matière colorante verte de la bile.

Les caractères critiques n'ont été que rarement trouvés dans l'urine de nos rhumatisants. Nous y reviendrons en parlant de la marche de la maladie.

Cerveau, sens. — Ces organes et leurs fonctions ne nous ont point paru éprouver de modifications notables sous l'influence du nitrate de potasse. Les symptômes de congestion et de délire que nous avons rapportés dans nos trois dernières observations ne tenaient en aucune manière, on a dû s'en convaincre, à l'action du sel employé.

Effets thérapeutiques. — Nous l'avons vu, il arrive le plus souvent qu'il n'y a point de sueur augmentée, d'urine surabondante, d'excrétion alvine liquide plus considérable. Le médicament agit alors à la manière des altérants, et les résultats thérapeutiques n'en sont ordinairement que plus remarquables. Au reste, qu'il y ait ou non des effets sensibles, un ou deux jours après l'emploi du nitrate de potasse, l'endolorissement des articulations malades diminue; on ne voit guère de nouvelles jointures devenir sensibles à la pression, ou du moins ces invasions successives sont plus rares et moins intenses. On dirait qu'en cela le nitrate de potasse agirait sur les articulations comme le ferait, d'après les assertions de M. Briquet, le sulfate de quinine; il arrêterait en quelque sorte les accès, ou si l'on veut les progrès de la maladie. Après ces premiers effets, la tuméfaction et les autres symptômes vont graduellement en diminuant. C'est alors surtout que le pouls perd sa fréquence et que la convalescence s'établit.

Quand le rhumatisme est abandonné à lui-même ou traité par la saignée, on voit, après chaque invasion successive des articulations, l'urine donner, par l'acide nitrique, le nuage critique des maladies aiguës. Il n'en est pas de même dans le traitement de cette affection par le ni-

trate de potasse, la formation du nuage critique n'a lieu que rarement. Elle a été néanmoins très-remarquable dans l'obs. XXVI, dont le sujet prit peu de nitrate de potasse. Le nuage critique manque souvent aussi pendant le traitement de la pleuro-pneumonie par le tartre stibié à haute dose. Nous avons constaté, pour le rhumatisme, que ce résultat ne tient pas à la présence du nitrate de potasse dans le liquide sécrété, puisque en prenant de l'urine d'un malade atteint de pleuro-pneumonie, arrivée à sa solution par le secours de la saignée, divisant cette urine en deux portions, traitant l'une par l'acide nitrique, nous obtenions le nuage critique, et que, ajoutant à l'autre du nitrate de potasse et la traitant ensuite par l'acide nitrique, le nuage critique se présentait avec tous ses caractères. L'absence du nuage critique chez les rhumatisants traités par le nitrate de potasse tient-elle donc à une modification plus spéciale de la maladie? Nous ne voulons point établir d'hypothèse ; nous constatons le fait : les mouvements critiques apparents sont rares dans ce traitement, et la marche de la maladie vers la guérison est néanmoins très-rapide. (Voyez, pour le *nuage critique*, le numéro de novembre 1842 des *Archives de Médecine,* page 378.)

L'épanchement dans les articulations des genoux et la raideur dans les épaules ou ailleurs, sont quelquefois opiniâtres ; nous nous sommes abstenu, pour les dissiper, d'ajouter à l'usage du nitrate de potasse d'autres moyens, afin de ne point compliquer la médiation et de pouvoir l'apprécier. Mais une fois ses avantages constatés, on pourra recourir à certains adjuvants indiqués par l'expérience, les onctions mercurielles, les embrocations opiacées ou d'huile de stramonium, etc. ; les applications de cataplasmes, de flanelle et de taffetas gommé, etc. La saignée, les ventouses ou les sangsues, pourront être employées au même titre, ainsi que notre honorable confrère, M. Forget, de Strasbourg, le faisait chez les malades atteints de rhumatisme, dont il a publié les intéressantes observations dans un précédent numéro de ce journal. Nous sommes heureux de voir les résultats qu'il donne dans ce travail si souvent conformes à ceux que nous avions obtenus depuis plusieurs années.

Dans les complications d'endocardite légère, le nitrate de potasse peut suffire, le cas de Bernard et d'autres le démontrent ; mais quand l'endocardite ou la péricardite sont graves, la circulation devient embarrassée et difficile, il est nécessaire d'avoir recours aux saignées ou aux ventouses. Les émissions sanguines seront également indiquées s'il survient une phlegmasie pulmonaire ou cérébrale. On a pu voir, dans nos observations de rhumatisme compliqué, que nous avions combiné ces médications, et que

nous avons eu à regretter l'omission faite d'une saignée dans un de nos cas de méningite.

La saignée est-elle utile au début de la maladie, sauf ensuite à recourir au nitrate de potasse? Cette méthode mixte a eu peu d'avantage chez Brochard et d'autres malades saignés avant leur entrée à l'hôpital; mais elle a paru utile chez Madame B*** et chez Loliorel, auxquels nous l'avons fait pratiquer une fois, immédiatement avant de prescrire le nitrate de potasse. Leur rhumatisme a été de courte durée. Cette médication, qui consisterait à soustraire une partie du sang et à modifier l'autre, pourrait avoir des avantages. Dans les cas surtout où des complications seraient à craindre, la saignée locale autant que la saignée générale viendraient en aide au nitrate de potasse, qui suffit seul dans les cas très-intenses lorsqu'ils sont simples. De tout ce qui précède, nous pouvons légitimement déduire les conclusions suivantes :

1° Le nitrate de potasse est facilement toléré par les rhumatisants à la dose de 20 à 60 grammes.

2° Il n'a pas d'action thérapeutique bien importante dans le traitement du rhumatisme articulaire chronique, des arthritis partielles apyrétiques, du rhumatisme musculaire ou fibreux chronique, et des rhumatalgies.

3° Appliqué au traitement du rhumatisme articulaire aigu, il en détermine la solution en quatre ou dix jours, et le plus souvent sept. Son action suffit dans les cas les plus intenses, lorsqu'ils sont simples.

4° Ce résultat a lieu sans qu'il y ait d'effet apparent autre qu'un abaissement de la fréquence du pouls et une diminution de la chaleur de la peau; l'augmentation des sécrétions cutanée, alvine et urinaire, ne semble pas le favoriser.

5° Le nitrate de potasse à haute dose arrête presque toujours les progrés du rhumatisme, ou bien si de nouvelles articulations s'endolorissent, l'intensité des douleurs va graduellement en diminuant. Ce traitement, par sa rapidité, prévient les endocardites, rend la convalescence très-courte et les rechutes moins fréquentes.

6° Cette médication est suffisante, et conserve toute son efficacité lorsque le rhumatisme est compliqué d'une faible endocardite.

7° Quand la circulation est gênée, et quand une autre phlegmasie s'ajoute à l'arthritis, les émissions sanguines ou les divers moyens appropriés à la nouvelle maladie doivent concourir au traitement. Le nitrate de potasse, à son tour, sera un adjuvant utile contre quelques arthritis aiguës rebelles à la saignée, et une acquisition précieuse pour la thérapeutique de certains cas de rhumatismes articulaires aigus qui ne comportent point l'usage des émissions sanguines.

Martin Solon.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DE QUELQUES ACCIDENTS CONSÉCUTIFS A L'EXTRACTION DE LA CATARACTE, ET EN PARTICULIER DE LA FONTE PURULENTE DE LA CORNÉE ET DU GLOBE OCULAIRE ; DES MOYENS DE PRÉVENIR CES ACCIDENTS.

Par le docteur SICHEL.

Un accident grave vient assez souvent compromettre l'opération de la cataracte par extraction : c'est la suppuration de la cornée, qui conduit presque toujours à la fonte purulente du globe oculaire. Il est doublement important de prévenir ce malheur au moins dans le plus grand nombre des cas, et pour le faire il faut remonter aux causes qui le produisent. — C'est ce que nous allons faire dans ce travail, sans toutefois poursuivre cette tâche d'une manière rigoureuse et exclusive, c'est-à-dire sans nous abstenir de parler, lorsque cela nous paraîtra opportun sous certains rapports, d'autres accidents consécutifs à l'extraction de la cataracte.

Depuis l'invention de cette méthode opératoire par Daviel, tous les hommes de l'art qui ont eu occasion de la pratiquer ont eu à déplorer, dans des cas primitivement suivis du meilleur succès, un accident grave plus ou moins imprévu. C'est une espèce de suppuration qui, à la suite de causes très-variées et très-souvent sans aucune cause connue, s'empare tantôt rapidement, tantôt plus lentement de la cornée transparente, et très-souvent secondairement du globe oculaire en totalité. Cette suppuration a été envisagée de différentes manières par les auteurs ; mais aucun d'eux, selon nous, n'a décrit d'une manière satisfaisante les symptômes de cette affection, leur marche, leur succession et surtout les causes qui la produisent, et par conséquent les moyens de la prévenir, sinon de la guérir quand elle est développée.

Dernièrement encore, un digne vétéran de l'ophthalmologie, le professeur Maunoir aîné, de Genève, dans un mémoire riche en faits pratiques, a tâché d'expliquer cet accident par la mortification de la cornée et de le ramener exclusivement à une seule cause, savoir : aux trop grandes dimensions du lambeau taillé dans cette membrane. Sans craindre d'être accusé de fatuité, j'ose me flatter que, dans les considérations et observations nombreuses qui vont suivre, j'apporterai des preuves convaincantes que beaucoup d'autres circonstances concourent à la production de cet accident formidable, qu'un trop grand lambeau ne le produit pas toujours et n'en est même point la cause principale, enfin

que le plus souvent et primitivement c'est une véritable suppuration produite surtout par l'écartement des lèvres de la plaie, écartement que dans le plus grand nombre des cas il est possible d'empêcher. En dernier lieu j'espère prouver que, ni sous le point de vue de la théorie, ni sous celui de la pratique, on n'est fondé à rattacher cet accident à la mortification de la cornée.

La suppuration de la cornée ne suit pas toujours la même marche, et ne se présente pas invariablement avec des symptômes identiques, ni à une même époque après l'opération. Elle débute souvent dès le second jour ou au moins pendant les premiers jours après l'opération; mais souvent aussi, contrairement à ce qu'ont dit plusieurs praticiens, et entre autres M. Maunoir, sur sa constante apparition dès le second jour, on la voit se montrer à une époque beaucoup plus avancée, ou, après s'être avancée de bonne heure par quelques symptômes, s'arrêter dans sa marche ou se dissiper en apparence pour reparaître de nouveau plus tard.

Symptomatologie. —Le premier symptôme par lequel elle se manifeste d'ordinaire est la présence d'une petite quantité d'un liquide ténu et séreux d'abord, et bientôt mêlé d'un peu de matière muco-purulente, qui, humectant le bord libre des paupières et les cils, s'accumule près du grand angle de l'œil. Un peu plus tard, quelquefois en même temps, la partie du bord libre des paupières dans laquelle sont implantés les cils se gonfle et prend une teinte rouge sombre, un peu bleuâtre et luisante, et une légère apparence d'infiltration œdémateuse.

Ce début de l'affection n'a pas toujours lieu le second jour après l'opération, comme le dit M. Maunoir; il survient souvent très-tard, et nous ne verrons paraître les premiers symptômes que vers le dixième jour dans l'obs. I. Qu'on se garde donc, après l'extraction de la cataracte, de triompher trop tôt et de regarder la guérison comme assurée avant d'avoir levé l'appareil et reconnu, par l'examen attentif de l'œil, que la cicatrisation est complète et qu'il n'y a plus de phlegmasie.

Les symptômes dont nous venons de tracer la description ne marchent pas non plus toujours sans arrêt, lorsqu'une fois ils se sont montrés; au contraire, ils restent souvent stationnaires pendant plusieurs jours, quelquefois même pendant une semaine. Depuis que j'ai appris à en connaître la signification et l'importance, je ne me laisse plus abuser par ce calme trompeur; dès qu'un traitement approprié ne les a pas complétement dissipés vers le troisième jour, je me hâte d'ouvrir l'œil malade pour reconnaître quelle est la cause qui agit et pour modifier, d'après sa nature, les moyens thérapeutiques. Quelques jours d'inaction peuvent laisser au mal le temps de s'étendre au loin; lorsque au bout de trois à six jours on fait l'inspection de l'organe malade, on peut trou-

ver une partie plus ou moins grande de la cornée ou même sa totalité infiltrée de pus, et le mal irremédiable. La surface externe des paupières encore réunies par les bandelettes de taffetas d'Angleterre ne présente aucun autre symptôme que ceux mentionnés, le malade n'éprouve pas la moindre douleur; il y a cependant soit une inflammation dans le voisinage de la section de la cornée, avec ou sans tendance encore à la suppuration, soit un écartement plus ou moins considérable des lèvres de la plaie avec suppuration commençante et quelquefois déjà avancée dans ces lèvres, suppuration non accompagnée d'inflammation appréciable, ou suivie seulement d'une inflammation secondaire légère qui n'augmente que plus tard. Sans que d'autres signes manifestent extérieurement la gravité de la maladie, cette inflammation ou cet écartement des lèvres du lambeau, non combattus, amèneront la suppuration, qui de proche en proche envahit la cornée dans sa plus grande étendue. Toujours donc, nous le répétons, il faut ouvrir l'œil à cette époque, si le traitement antiphlogistique, — une saignée plus ou moins forte ou une application d'un nombre de sangsues plus ou moins considérable selon la constitution du malade et les autres circonstances, l'application ou la continuation de fomentations froides ou des frictions résolutives avec l'onguent napolitain, ne dissipent pas au bout de quelques jours les symptômes indiqués.

Quant à l'aspect que l'œil ouvert présente dans les différents cas, selon la différente nature des causes ou des accidents qui produisent ces symptômes, nous préférons, pour plus de clarté, n'en parler que plus tard, lorsque nous exposerons les causes et les moyens à opposer à leur action.

On aura remarqué parmi ces symptômes l'absence complète de la douleur. Celle-ci en effet n'a lieu que lorsque l'inflammation, au lieu d'être limitée à la cornée, s'étend au delà de cette membrane jusqu'aux membranes internes et surtout à l'iris. L'iritis après l'extraction, comme lorsqu'il ne reconnaît pas cette opération pour cause, est fréquemment accompagné de douleurs qui viennent ou s'exaspèrent par accès et suivent le trajet du nerf sus-orbitaire. Aussi dans ce cas le traitement antiphlogistique doit-il être énergique, comme dans l'iritis et l'ophthalmie interne, et n'être pas abandonné avant que les dernières traces de l'inflammation aient disparu. N'oublions point toutefois de faire remarquer que l'iritis, après l'opération de l'extraction, survient quelquefois sans douleur ni autres signes appréciables avant l'inspection des chambres de l'œil, comme nous le prouverons par une observation que nous espérons rapporter si l'espace nous le permet.

Quelle que soit la durée de cette première période de l'affection dont

nous nous occupons, toujours, si les symptômes ne cessent sans trace, ils augmentent, tantôt successivement et lentement, tantôt rapidement et souvent dès les premiers jours et d'une manière suraiguë.

La sécrétion, la tuméfaction et la rougeur des paupières, surtout de la paupière supérieure, s'accroissent et finissent par s'étendre sur la totalité de ces voiles mobiles, qui deviennent plus rénitents par degrés. Le liquide sécrété, à mesure qu'il augmente de quantité, change aussi de consistance et de couleur; il devient épais, jaune plus ou moins foncé, et purulent. La légère teinte rouge bleuâtre de la peau des paupières change en un rouge vermillon foncé; la tuméfaction du bord libre s'étend à tout leur tissu et perd son aspect œdémateux.

Si, à cette époque, on ouvre les paupières, chose qui ne se fait pas sans difficultés ni douleurs pour le malade, à cause de l'épaississement de la paupière supérieure toujours plus fortement enflammée et imbriquée sur l'inférieure dont le bord libre est un peu retourné en dedans vers le globe; si à cette période, disons-nous, on ouvre les paupières, on trouve la conjonctive oculaire fortement gonflée et soulevée par un chémosis phlegmoneux; elle se recourbe en bourrelet sur le bord de la cornée, et le lambeau est écarté de la partie de cette membrane qui correspond à son bord libre. Au plus haut degré de la maladie le lambeau est soulevé à angle droit ou obtus par le pus plus ou moins épais épanché entre les lèvres de la plaie, et infiltré de cette même matière dans la plus grande partie de son étendue; les deux chambres de l'œil en sont également remplies en tout ou en partie. Tout ce qu'on fait alors, — et nous avons rempli toutes les indications en employant à tour de rôle les médications les plus opposées tant rationnelles qu'empiriques, — ne peut rétablir la transparence de la cornée et la vision. A grand' peine réussit-on dans un certain nombre de cas, par un traitement antiphlogistique énergique, secondé des moyens auxiliaires que nous indiquerons, à prévenir l'ophthalmite, c'est-à-dire l'augmentation de volume du globe, sa saillie hors de l'orbite, symptomatique de l'inflammation phlegmoneuse de toutes ses membranes, et sa fonte purulente.

La suppuration n'est pas toujours complète. Lorsqu'on fait l'inspection de l'œil à une époque plus ou moins rapprochée du début des symptômes, elle n'occupe qu'une partie du lambeau. Sous l'emploi de moyens appropriés, on est assez heureux quelquefois, surtout lorsque l'affection ne suit pas la marche suraiguë, pour l'arrêter à peu près à l'état où on l'a trouvée, et le malade au moins n'est pas forcé de porter un œil artificiel, chose importante, surtout pour les classes peu aisées.

Rarement une partie de la pupille reste ouverte; quelquefois cette ouverture étant oblitérée par une fausse membrane, une petite portion

de l'iris et de la cornée conservent l'intégrité de leur structure normale, et l'opération de la pupille artificielle peut être tentée avec quelques chances de succès.

Dans tous les symptômes énumérés (nous croyons n'en avoir oublié aucun et avoir observé ces funestes accidents dans toutes leurs différentes phases), il n'y a, à notre avis, rien qui puisse être comparé à la mortification. C'est toujours une suppuration manifeste plus ou moins étendue, débutant toujours dans les lèvres de la plaie et s'étendant de là de proche en proche par l'infiltration de la matière purulente entre les lames de la cornée.

Si, exceptionnellement et dans les cas de la marche la plus lente de la maladie, la cornée, au lieu de l'aspect d'un bourbillon purulent ou d'un vaste onyx, présente plutôt une surface opaque d'une teinte plus grisâtre que jaune, cela ne saurait, selon nous, être regardé comme analogue à son sphacèle. Il y a alors simplement mélange d'une matière fibro-albumineuse avec le pus, chose qui n'a rien d'extraordinaire lors de la suppuration lente d'une membrane formée de lamelles séreuses superposées ou adossées. On s'explique parfaitement bien cette teinte par l'analogie de ce qui arrive dans la kératite lymphatique, où l'onyx, c'est-à-dire l'épanchement de pus entre les lames de la cornée, est toujours précédé d'une infiltration interlamellaire grisâtre, et où les plus vastes abcès dans le tissu de cette membrane et même dans la chambre antérieure, à cause de la sécrétion simultanée d'une matière fibro-albumineuse grisâtre, conservent une teinte plus grise que jaune.

Les observations suivantes expliqueront davantage ce que nous avons avancé jusqu'ici ; nous aurons fréquemment besoin, dans la suite de ce travail, de rappeler les faits qu'ils renferment et d'en tirer des conclusions. Nous les livrons donc sans commentaire à l'appréciation de nos lecteurs. Disons seulement, avant de les rapporter, que l'extraction n'est nullement pour nous une méthode exclusive et unique d'opérer les opacités de l'appareil cristallinien, et que nous n'y avons recours que dans les cas de cataractes molles ou plus molles que dures existant sur des personnes d'un âge plus ou moins avancé et en général âgées de plus de quarante ans, époque où la résorption en général commence à diminuer et à se faire lentement. Sur les individus plus jeunes, où l'absorption est active et rapide, nous broyons les cataractes lorsqu'elles sont de la consistance indiquée ; nous les abaissons, quel que soit l'âge des malades, toutes les fois que leur consistance est dure ou presque dure.

Obs. I. ***Extraction de deux cataractes demi-molles, rendue très-difficile par l'agitation du malade, la mobilité des yeux et un accident produit par la pointe trop effilée et, par suite, recourbée des kératotômes. Délire***

nerveux. Ecartement du lambeau droit et suppuration incomplète de la cornée; rétablissement partiel de la vision. Cataracte secondaire gauche; résorption; vue bonne.— M. C., âgé de soixante-trois ans, cultivateur, habitant une ville du département de Seine-et-Marne, est affecté de deux cataractes lenticulaires demi-molles. Au centre de la capsule antérieure gauche, on aperçoit une épaisse strie un peu élevée.

L'extraction est pratiquée le 4 septembre 1838. Les yeux sont extrêmement mobiles. Le malade, individu nerveux et très-pusillanime, se plaint de la douleur, craint de s'évanouir et me force plusieurs fois à m'arrêter. Le couteau à cataracte étant un peu trop large, j'en choisis un plus étroit pour l'œil droit; mais sa pointe un peu émoussée ne peut percer la cornée; je suis forcé de le retirer avant d'avoir pénétré dans la chambre antérieure. Un autre couteau plus large dont la pointe, par un malheureux hasard, se trouve également un peu émoussée, entre moins difficilement dans l'œil, mais n'en ressort qu'avec effort et brusquement. Sans doute que les pointes, irréprochables avant l'opération au moment où je les essayais, étaient un peu trop effilées et se sont recourbées au moment de la plus grande résistance. La section ne devient pas tout à fait régulière. J'incise perpendiculairement la capsule gauche, et voyant que j'en ai détaché un lambeau très-épaissi, je le saisis avec une pince fine et l'extrais; il s'arrache sur son bord supérieur externe. Le cristallin sort avec difficulté; je ne réussis pas à extraire le restant de la capsule, qui est trop incisée et ne présente pas assez de prise. L'introduction du kystitôme a été extrêmement difficile pour les deux yeux qui fuient continuellement en haut. Dans l'œil droit il reste une portion de capsule dans la partie interne de la pupille. Après deux essais inutiles d'extraction à l'aide d'une pince, voyant qu'elle est incisée et semble saine, je l'abandonne de crainte de trop écarter le lambeau, parce que d'ailleurs on ne voit pas beaucoup la pupille, cachée qu'elle est dans le grand angle et sous la paupière supérieure. Les douleurs cessent bientôt après l'opération; le soir, le pouls étant plein et le malade se sentant de la chaleur, une saignée de trois palettes est pratiquée. Le lendemain matin il y a sécrétion d'un peu de liquide ténu accumulé près des grands angles, et léger gonflement des paupières droites, symptômes qui n'augmentent presque pas.

Le 8, on m'appelle à cinq heures du matin, parce que le malade a eu des hallucinations et des rêves, dans lesquels il se croyait assassiné et battu, et pendant lesquels il a beaucoup remué le corps et surtout la tête. Remarquons qu'il n'a pris aucun médicament narcotique après avoir été opéré, bien que d'ordinaire j'administre une dose plus ou moins forte d'une préparation opiacée aux malades toutes les fois qu'ils ont présenté des symptômes nerveux pendant l'opération. Le pouls étant encore plein et résistant, une nouvelle et large saignée est pratiquée. Le lendemain les mêmes hallucinations se reproduisent, mais moins fortes. La paupière droite seule commence à se gonfler, et son bord se recouvre d'une sécrétion puriforme. Je lève l'appareil le 14 septembre: *les lèvres de l'incision pratiquée sur l'œil droit sont entièrement écartées par du pus concrété.* L'œil gauche présente de l'injection, la cicatrice est un peu soulevée et la pupille fermée par une opacité qui me paraît fausse-membraneuse, mais que je n'examine que superficiellement, de peur d'augmenter l'intensité de la phlegmasie. Je touche avec le laudanum de Sydenham la plaie de la cornée droite, dont les lèvres

se rapprochent un peu au bout de quelques jours. On instille itérativement une goutte d'une solution de belladone dans l'œil gauche pour dilater la pupille et empêcher des adhérences de se former. Les accès de délire se répètent encore de temps à autre. La chambre antérieure droite reste remplie de pus. La pupille gauche est en grande partie occupée par une masse gris-blanchâtre semi-diaphane, formée par des débris capsulo-cristalliniens; le malade ne voit que les masses ou les ombres des objets. Etant forcé, par ses occupations, de quitter Paris le 22 septembre, il me fait dire, au bout de quelques semaines, qu'il commence à y voir de son œil gauche, dont la cataracte secondaire s'est résorbée graduellement pour la plus grande partie. La quantité du pus épanché dans la pupille droite semble aussi avoir diminué notablement à la suite d'un travail de résorption, car en mars 1840 M. C. me fait dire : « Qu'il commence à voir passablement de son œil droit, et que la vue de l'œil gauche est devenue très-bonne. »

Obs. II. *Constitution sanguine et excessivement nerveuse. Extraction de deux cataractes lenticulaires assez molles. Agitation extrême des yeux et contraction excessive des muscles oculaires pendant l'opération. Violente ophthalmie suppurative des deux yeux sans autre cause connue, précédée, pour l'œil gauche seulement, d'écartement du lambeau.* — Mme H., âgée de quarante-neuf ans, d'une constitution sanguine et excessivement nerveuse, est opérée par moi le 6 septembre 1842, par extraction, de deux cataractes lenticulaires complètes, molle à gauche, demi-molle à droite. Les cornées sont larges et bombées, les yeux assez volumineux et saillants, mais d'ailleurs, comme les paupières, parfaitement bien conformés. Il n'existe aucune trace d'ophthalmie actuelle ou antérieure, à l'exception d'une cicatrice interlamellaire de quatre à cinq millimètres de diamètre, placée dans la partie inférieure de la cornée gauche, à quelque distance au-dessous de la pupille et remontant un peu en face de cette ouverture : signe d'une ancienne kératite dont Mme H... cependant n'a aucun souvenir. Pendant l'opération l'agitation de la malade et la contraction des muscles oculaires sont extrêmes; l'humeur aqueuse jaillit avec force; les yeux sont très-mobiles, même après que la contreponction est faite. La pression que les yeux éprouvent par suite de l'action musculaire est tellement grande que, malgré la bonne conformation de la cornée, malgré la largeur et l'extrême régularité de la section, l'iris est fortement poussé en avant au-dessus du bord supérieur du kératotome, surtout dans l'œil gauche, et quelques gouttelettes de sang rendues par l'iris coulent dans la chambre antérieure. Les cristallins, très-volumineux, sortent en poussant au-devant d'eux les parties inférieures des iris qui font procidence, et en laissant dans les chambres postérieures, particulièrement dans celle de l'œil gauche, une quantité notable de leur substance corticale que j'extrais pour la plus grande partie à l'aide de la curette. Peu de minutes après qu'à l'aide du même instrument la réposition des procidences incomplètes des iris a été faite et que les lèvres des plaies ont été soigneusement affrontées et les paupières fermées, les pupilles ont repris leur forme et grandeur régulières. (Fomentations d'eau glacée jusqu'au lendemain. Six gouttes de laudanum de Rousseau administrées à l'intérieur immédiatement après l'opération et huit gouttes le soir.)

7 septembre. La paupière supérieure gauche est un peu gonflée et rouge; il y a un peu de sécrétion blanc-jaunâtre et ténue près du grand angle, de la chaleur à la peau et de l'accélération dans le pouls. La malade n'éprouve

que la sensation d'un picotement peu douloureux dans l'œil; je soupçonne un écartement du lambeau. (Saignée de trois palettes. Continuer les fomentations glacées. Limonade pour boisson.)

Le 8. Le gonflement et la rougeur ont augmenté; la douleur est un peu plus forte, le pouls encore plus accéléré, la sécrétion plus copieuse, plus épaisse et plus jaune. (Quinze sangsues à la tempe; frictions abondantes d'onguent napolitain laudanisé sur le front et la tempe droite. Cesser les fomentations froides.)

Le 9. La paupière est encore plus gonflée, la sécrétion un peu plus forte; la fièvre persiste, la douleur n'a pas augmenté. L'œil ouvert présente un chémosis considérable, et une *infiltration de tout le lambeau, plus forte sur son bord qui est légèrement soulevé*. Un large pli de la conjonctive chémosée est excisé, à sa partie inférieure, dans toute l'étendue d'un angle à l'autre. On ne remet point de bandelettes. (Appliquer des cataplasmes de farine de graine de lin pour empêcher la tension douloureuse et l'exophthalmie; continuer les frictions mercurielles jusqu'à concurrence de 20 gram.)

Le 10. Le gonflement et la suppuration continuent; toute la cornée est infiltrée. La tuméfaction de la paupière n'augmente pas davantage. Le pouls est continuellement très-accéléré, la peau chaude, la langue un peu rouge, mais humide, les urines chargées. (Même prescription, rien ne pouvant désormais enrayer la marche de la maladie dans cet œil.)

Le 12. La malade pendant la nuit a éprouvé de la douleur dans l'œil *droit* dont la paupière supérieure est gonflée et rouge sur son bord. L'appareil levé, je vois dans la conjonctive une forte injection confluente, s'étendant jusqu'au bord de la cornée et accompagnée d'un commencement de tuméfaction. La cornée et la pupille sont nettes et ne présentent qu'un léger trouble qui désigne l'imminence de kératite et de cristalloïdite; *les lèvres de la plaie ne sont point écartées*. La cicatrice semble fermée, *mais grisâtre et un peu élevée*. Je referme l'œil aussi vite que possible et fais appliquer un linge sec. (Cessation des fomentations glacées qui deviennent inutiles, même nuisibles, lorsque les signes du début imminent ou actuel de la suppuration existent. 15 sangsues à la tempe droite; employer de nouveau 10 grammes d'onguent napolitain laudanisé en onction sur le front et la tempe droite. Continuation de la diète, limonade.)

Le 13. Le gonflement de la paupière a augmenté; il y a un chémosis très-intense que j'excise immédiatement, sans autre aide que la garde-malade. Les lèvres de la plaie sont écartées et infiltrées de pus; l'infiltration a déjà gagné la partie inférieure du lambeau. La sécrétion du pus est très-abondante; le gonflement de la paupière n'a plus augmenté. Il y a toujours un peu d'accélération du pouls et beaucoup d'irritation nerveuse. (Continuer les frictions; 40 centigrammes de calomel et 10 centigrammes d'extrait gommeux d'opium, partagés en 8 pilules, dont on prendra 4 aujourd'hui et 4 demain de 3 en 3 heures; continuer les frictions, nouvelle saignée de 3 palettes. Demain, après la dernière pilule, un lavement.)

Le 14. La malade a pris ses 4 dernières pilules; elle a dormi plusieurs heures à différentes reprises et n'a pas souffert des yeux. Elle est calme, mais très-faible. Il n'y a pas eu d'évacuation. Toute la cornée est infiltrée; le pus est abondant et très-lié, comme mêlé de fibro-albumine, se réunissant en une matière membraniforme qui recouvre la partie inférieure de la cornée et ne se laisse détacher que difficilement à l'aide d'une éponge fine. (Eau de Sedlitz, une bouteille; continuer les onctions.)

Malgré tous mes efforts, il ne survient aucun changement favorable. A partir du 16, je me borne à l'application de cataplasmes émollients, pour empêcher le gonflement des membranes oculaires et l'exophthalmie. Rien n'a pu enrayer la marche de la maladie; la fonte purulente des deux cornées et la cécité sont devenues complètes.

Dans l'observation suivante, les mêmes circonstances générales et locales s'étaient présentées avec une conformité étonnante, mais plus défavorables encore, pendant et avant l'opération; néanmoins les suites ont été entièrement différentes sous tous les rapports. Cette opération, pratiquée 3 mois environ avant celle que nous venons de rapporter, a été la cause principale qui nous a fait préférer chez Mme H. la méthode par extraction. Sur de pareils individus d'ailleurs, plus que sur ceux de leur âge en général, l'abaissement et le broiement de cataractes d'une aussi faible consistance sont presque sans exception suivis d'accidents longs et fâcheux.

Obs. III. *Deux cataractes capsulo-lenticulaires demi-molles, existant l'une depuis sept ans, l'autre depuis treize ans. Extraction pratiquée sur une malade très-sanguine et excessivement nerveuse; agitation et contraction oculaires extrêmes; menace de procidence de l'iris et du corps vitré pendant l'opération. Staphylôme de l'iris peu marqué à gauche et très-considérable à droite, non accompagné de suppuration et guéri complétement. Vue parfaite.* — Mme de R..., âgée de quarante ans environ, est affectée de deux cataractes lenticulaires demi-molles, existant, celle de l'œil droit depuis sept ans, celle de l'œil gauche depuis treize ans. La malade a trois enfants qu'elle n'a jamais vus. Au centre de chaque capsule antérieure il y a une végétation circonscrite et irrégulièrement arrondie. Les yeux sont volumineux et saillants, les paupières épaisses. Une conjonctivite palpébrale des deux yeux et oculaire de l'œil droit, ainsi qu'une pléthore générale très-marquée, sont combattues énergiquement pendant quinze jours, malgré une constitution excessivement nerveuse. Nous mettons successivement en usage une saignée, des sangsues, des purgatifs, le régime antiphlogistique, des bains de pieds, des fomentations d'eau froide, un collyre de borax et la cautérisation des paupières inférieures avec le sulfate de cuivre.

L'extraction est pratiquée le 15 juin 1842. La mobilité des yeux et la contraction des muscles oculaires sont extrêmes, malgré la bonne volonté de la malade. La végétation capsulaire de l'œil gauche est extraite à l'aide d'une pince fine, après avoir été cernée par deux incisions. Le cristallin sort facilement mais sans violence. A peine la capsule antérieure droite a-t-elle été incisée avec le kystitôme, que le cristallin est lancé avec force et le lambeau fortement relevé; heureusement qu'il ne suit aucune portion du corps vitré. Les lèvres de la plaie sont affrontées avec soin. Il y a dans les deux yeux, mais surtout dans l'œil droit, une tendance à la procidence de l'iris et du corps vitré, les globes oculaires éprouvant, à chaque clignotement, une compression qui rapproche les iris des cornées et en fait même plusieurs fois saillir une petite portion entre les lèvres de la plaie. Le lambeau droit a une tendance à se relever. J'applique les baudelettes avec un soin minutieux et

seulement lorsque les lèvres des plaies sont parfaitement bien affrontées et les chambres antérieures rétablies normalement. (Six gouttes de laudanum de Rousseau sont prises à l'intérieur immédiatement après l'opération et huit autres le soir. Fomentations glacées.)

Dès le second jour la paupière supérieure droite est très-gonflée ou plutôt fortement élevée sans rougeur ni douleur. Je crains une procidence de l'iris; toutefois j'attribue le gonflement en grande partie aux bandelettes de taffetas d'Angleterre qui, d'ordinaire, comme c'était aussi le cas chez Mme de R., produisent un gonflement œdémateux uniformément répandu sur toute la surface de la paupière supérieure dont le bord libre ne présentait point chez notre malade cette tuméfaction circonscrite, bleuâtre, luisante et semi-transparente que nous avons signalée. Une saignée est faite le deuxième jour et une autre le sixième, où, en levant l'appareil, je trouve les lèvres de la plaie de l'œil gauche écartées et l'iris interposé entre elles. L'œil droit présente un staphylôme très-considérable de cette membrane. Les deux yeux sont extrêmement sensibles à la lumière; cette sensibilité persiste très-longtemps et est sans doute due à l'ancienneté de la cécité. Le troisième jour les bandelettes ont été changées et les paupières un peu tirées en debors; ce pansement est répété le cinquième jour. A partir du lendemain, les paupières inférieures sont tirées en dehors un grand nombre de fois chaque jour, et une légère compression est exercée sur les paupières supérieures par le renouvellement fréquent des bandelettes et par une douce pression avec le doigt lors de chaque pansement. Plusieurs saignées sont faites et quelques purgatifs, ainsi que l'onguent napolitain belladoné, sont employés. Les fomentations froides sont continuées très-longtemps. On ne fait rien autre chose contre le staphylôme; ce n'est que lorsqu'il est considérablement aplati par l'usage longtemps continué de ces moyens simples qu'on commence l'emploi d'un collyre de borax, puis celui d'instillations de laudanum de Sydenham, d'abord affaibli d'eau, puis pur. La malade a eu deux fois des accès nerveux, consistant en une espèce de gastralgie accompagnée de douleurs dans presque tout le corps, accès qu'elle avait attribués à l'huile de ricin pris par la bouche, bien qu'elle en eût éprouvé un troisième moins fort sans avoir pris aucun purgatif et sans autre cause appréciable. Les deux cicatrices finissent par devenir linéaires. Celle de l'œil droit reste cependant un peu plus épaisse; l'iris y adhère fortement dans l'étendue d'environ 5 millimètres, ce qui rend la pupille ovalaire et fortement tiraillée en bas. La vue est excellente; toutefois lorsque nous faisons essayer des lunettes à cataractes, nous nous apercevons que la malade qui lit facilement de l'œil droit avec un numéro 33 (elle a été myope avant l'opération), ne peut lire le même caractère de l'œil gauche, même avec des lunettes plus fortes, à l'aide desquelles elle ne lit que des majuscules. Cette circonstance s'explique en partie par la cécité plus ancienne de cet œil où elle existe depuis treize ans; néanmoins il y a un léger trouble dans la pupille gauche, et à l'aide de la loupe on reconnait trois bandelettes capsulaires opaques étroites se dirigeant de haut en bas et de la circonférence supérieure externe et interne de la pupille vers le milieu de sa marge inférieure; ces bandelettes ont sans doute une part à cette inégalité de la vision qui cependant a diminué de jour en jour et finira probablement par s'effacer entièrement. J'ai pu renouveler ici une observation que j'ai faite plusieurs fois sur des personnes myopes, savoir: que chez elles, après l'opération de la cataracte, la vision gagne infiniment plus pour les grandes

distances que pour les petites. En fixant des objets distants à l'aide des lunettes du nº 7 biconvexes (numéro très-faible, puisque la grande majorité des malades opérés avec succès ont besoin du nº 5 pour voir nettement de loin), Mme de R... y voit parfaitement bien.

Pendant qu'on imprimait ce travail, Mme de R... m'a écrit qu'à la suite de veilles fatigantes son œil droit est devenu le plus faible, et que le gauche lui sert actuellement à lire et écrire couramment.

Dans les prochains numéros, nous terminerons l'étude de ce point important de pathologie et de thérapeutique oculaire.

SICHEL.

REMARQUES PRATIQUES SUR L'ABLATION DES TUMEURS EN GÉNÉRAL.

Parmi les affections qui sont du domaine de la chirurgie, il n'en est peut-être pas qui offrent plus de difficultés, sous le double rapport du diagnostic et du manuel opératoire, que les tumeurs en général. Cela tient, d'une part, à la diversité des produits qui entrent dans leur composition intime, et d'un autre côté à l'absence de préceptes opératoires fixes et bien déterminés ; de telle sorte qu'une tumeur quelconque étant donnée, le chirurgien, livré aux seules ressources de son esprit, se trouve souvent fort embarrassé, surtout s'il n'est pas servi par une longue expérience et par l'observation de faits identiques à celui pour lequel il est appelé à prendre une décision. Le cas suivant et les déductions pratiques qu'il fournit nous ont paru de nature à pouvoir utilement éclairer le praticien, et fixer avantageusement plusieurs points relatifs à la question de médecine opératoire, et aussi à l'opportunité de l'opération elle-même dans certaines circonstances.

Lipôme volumineux du poids de dix livres, enlevé avec succès sur une femme de soixante-dix ans. — Au numéro 25 de la salle Saint-Augustin, dans le service de M. Lisfranc, se trouve une femme âgée de soixante-dix ans, petite, grêle, assez chétive, d'une constitution médiocre et éminemment nerveuse, qui est entrée à l'hôpital pour se faire enlever une tumeur volumineuse qu'elle porte depuis vingt ans. Cette tumeur, quand la malade s'en aperçut, n'était guère plus grosse qu'un petit œuf, et occupait la région postérieure gauche du tronc, à 6 centimètres environ au-dessous du scapulum. Pendant longtemps stationnaire, elle s'accrut ensuite rapidement dans l'espace de ces dernières années, à tel point qu'aujourd'hui elle remplit l'intervalle compris entre l'angle inférieur du scapulum, qu'elle dépasse un peu en dedans, et une ligne horizontale qui serait tirée à 5 centimètres au-dessus du rebord postérieur de l'os des iles. Dans le sens transversal, elle s'étend

depuis la face latérale gauche de la poitrine jusqu'au niveau des apophyses épineuses des vertèbres. A mesure qu'elle a pris du développement, cette tumeur a nécessairement attiré à elle, pour s'en revêtir, la peau de toutes les régions environnantes, dont elle s'est ainsi fait une sorte de pédicule en forme de manchette qui règne dans toute sa hauteur et établit entre elle et le tronc un moyen d'union assez lâche pour qu'elle ait besoin d'être soutenue avec un suspensoir dont les deux extrémités sont réunies et fixées au-devant de la poitrine. Cette énorme tumeur suit tous les mouvements du tronc, elle se porte à gauche si la malade se couche sur le côté correspondant, et dans le sens opposé quand c'est à droite qu'elle se place dans son lit. Sa forme est à peu près ovalaire et assez régulièrement arrondie à sa surface, qui semble adhérer intimement à la peau en plusieurs endroits. Des veines d'un volume considérable avoisinent la tumeur; elles sont surtout développées vers son bord externe, qu'elles abandonnent pour se jeter sur la paroi thoracique antérieure, où la dilatation veineuse s'observe dans une assez grande étendue. Au toucher, les tissus qui entrent dans la composition de la tumeur ont une consistance à peu près égale partout; souples, dépressibles, médiocrement élastiques, ils n'offrent aucun caractère de la fluctuation; et le diagnostic établi par voie d'exclusion conduisit M. Lisfranc à se prononcer pour une tumeur solide, de nature graisseuse, c'est-à-dire un lipôme, et il pratiqua l'opération suivante le 19 septembre dernier. La malade étant couchée sur le ventre, la tumeur fut portée à gauche; une première incision fut alors pratiquée, près et en dehors de son bord interne, dans toute sa hauteur. La peau, ainsi divisée, fut ensuite disséquée dans une étendue suffisante pour dégager la face celluleuse de la tumeur, et permettre à l'opérateur de glisser ses doigts entre elle et le tronc; la dissection fut assez difficile à la partie supérieure, où il existait des adhérences intimes, non-seulement entre la peau et la tumeur, mais entre celle-ci et les plans aponévrotiques sous-jacents, qui avaient acquis une épaisseur et une densité considérables. Ces adhérences une fois détruites, tantôt avec le bistouri, tantôt avec les ciseaux, il devint facile à l'opérateur de passer les trois doigts du milieu de la main droite sous la tumeur, qu'il renversa vivement par une forte traction, en lui faisant ainsi subir une sorte d'énucléation. Le lipôme se trouvait dès lors détaché dans les deux tiers de sa circonférence; il ne restait plus qu'à l'attaquer en dehors : pour cela, M. Lisfranc fit une seconde incision demi-elliptique près de son bord externe, dont les deux extrémités vinrent se réunir à celles de la première. La dissection des téguments fut cette fois plus facile, et en quelques instants la tumeur, détachée sur tous les points de la circonférence,

fut complétement enlevée. Les aides se mirent aussitôt en devoir d'arrêter l'écoulement sanguin, qui fut loin d'être aussi considérable que pouvait le faire craindre le volume et l'ancienneté de la tumeur; à peine si quelques artérioles furent ouvertes. Les vaisseaux qui donnèrent le plus de sang furent les veines variqueuses que nous avons signalées au côté externe du lipôme; encore cette hémorrhagie s'arrêta promptement d'elle-même. La réunion par première intention fut tentée, et la malade, après le pansement, fut portée dans son lit dans un état de faiblesse extrême. Malgré l'administration de quelques boissons chaudes, cet abattement persista toute la journée. La peau était pâle, le visage décoloré, la chaleur médiocre, et le pouls très-petit. Dans la soirée, un commencement de réaction se manifesta. Pendant deux jours elle resta faible et comme incertaine, malgré un traitement analeptique approprié; et ce ne fut qu'au troisième jour qu'elle se prononça et devint complète. Le 26 septembre, huit jours après l'opération, on peut constater la non-réussite de la réunion. Les lambeaux cutanés, adhérents seulement par leurs bords, sont détachés des parties profondes dans les deux tiers inférieurs de leur étendue. La cicatrisation ne s'est faite que dans le tiers supérieur. A la partie la plus déclive de la plaie la peau n'est pas revenue sur elle-même, et elle forme de chaque côté un relief dû à un excès de longueur des lambeaux. La suppuration est abondante, de bonne nature. L'état général de la malade est satisfaisant; elle peut agir dans son lit, s'asseoir, changer de côté dans le décubitus, et tout fait espérer la guérison.

L'examen anatomique de la tumeur confirma le diagnostic du chirurgien : c'était effectivement un lipôme non dégénéré, offrant seulement quelques points d'induration cellulo-fibreuse au centre. Son poids était de dix livres.

En résumant cette observation au point de vue pratique, nous insisterons sur plusieurs circonstances qui nous paraissent dignes d'intérêt. Nos lecteurs auront sans doute remarqué les conditions constitutionnelles d'âge et de santé au milieu desquelles l'opération a été entreprise; et plusieurs sans doute se sont demandé si ces conditions n'y opposaient pas une contre-indication formelle. La malade avait soixante-dix ans; elle était faible, chétive : ne devait-on pas craindre de la voir succomber, même pendant l'opération? et celle-ci dès lors ne devenait-elle pas rationnellement inopportune? A ces prévisions, qui ont sérieusement préoccupé M. Lisfranc, sans toutefois l'arrêter, comme nous venons de le voir, dans son parti pris d'opérer, on pourrait à la rigueur opposer le résultat même de l'opération; mais ce serait là une argumentation *à posteriori* qui, bien que des plus concluantes dans l'espèce, serait loin

d'être, en pratique générale, aussi instructive que l'appréciation des motifs qui ont armé la main de l'opérateur. Or, ces motifs reposent sur l'excellente santé dont la femme X... avait toujours joui antérieurement, et sur l'intégrité de ses principaux organes, dont pas un ne périclitait; et en réfléchissant bien d'ailleurs sur sa constitution, que nous avons dit être sèche, nerveuse, on trouvait dans cette dernière aptitude des éléments de courage et de force suffisante pour la réaction nécessaire après une si grande opération. De plus, nous ferons remarquer que la nature même de la tumeur éloignait les craintes d'un épuisement immédiat par hémorrhagie; à peine s'il fut besoin de tordre quelques artérioles. Or c'est un fait d'observation anatomique qui doit influer beaucoup sur les déterminations d'un opérateur dans des circonstances analogues, que l'absence ou la rareté des vaisseaux artériels au voisinage des tumeurs lipomateuses : si riche sur les confins des productions cancéreuses dont elle constitue en quelque sorte la base nutritive, la vascularité des tissus contigus aux productions stéatomateuses, graisseuses et fibreuses, semble au contraire plutôt diminuée qu'augmentée. Une autre disposition anatomique on ne peut plus favorable à la célérité du manuel opératoire dans l'ablation de cette sorte de tumeurs, c'est l'espèce d'enkystement où se trouve la masse lipomateuse, enkystement qui a lieu au moyen du tissu cellulaire profond converti par la pression en fascies aponévrotiques, et établissant ainsi entre les couches musculaires sous-jacentes et la tumeur une ligne de démarcation qui l'isole et permet, comme on l'a vu chez notre malade, de se livrer à une manœuvre d'énucléation qui abrége de beaucoup la durée de l'opération, en même temps qu'elle soustrait la malade aux angoisses d'une dissection longue et douloureuse.

Après ces remarques, fondées sur les rapports naturels de la tumeur avec les tissus ambiants, et sur la constitution anatomique elle-même, on comprendra aisément comment le chirurgien de la Pitié a été conduit à trancher affirmativement la question d'opportunité de l'opération dans le cas dont il s'agit, et pour lequel il n'a d'ailleurs été omis aucune des précautions capables d'en assurer le succès; ainsi, contrairement au principe général qui veut que l'on fasse d'abord les incisions cutanées nécessaires pour cerner la tumeur, le chirugien a pratiqué une première incision qui lui a permis de disséquer le lipôme dans une très-grande étendue, et n'a fait la seconde qu'au moment d'achever l'opération. Cette modification est très-avantageuse, surtout chez les individus faibles; car pour enlever les tumeurs d'un volume considérable, la dissection devant être le plus souvent longue et laborieuse, il est clair que si on commence par faire les deux incisions de la peau, l'hémorrhagie sera

plus abondante et plus redoutable, le sang étant versé par ces deux incisions à la fois pendant tout le temps que l'on mettra à disséquer un lambeau et le côté correspondant de la tumeur : aussi l'exemple donné par M. Lisfranc nous paraît devoir être accepté en pratique et converti en précepte général pour toutes les circonstances pathologiques semblables ; et on comprendra d'autant mieux l'importance de cette règle opératoire qu'il y aura un plus grand nombre de vaisseaux artériels ou veineux à ménager, comme chez le sujet de notre observation ; c'est pour la même raison qu'on rapporta au dernier temps de la manœuvre l'incision des téguments en dehors, point où nous avons signalé l'existence de veines nombreuses et très-dilatées ; circonstance qui, en outre de l'écoulement sanguin, pouvait jusqu'à un certain point faire redouter un accident bien autrement redoutable, l'introduction de l'air atmosphérique dans ces mêmes vaisseaux. Remarquons encore l'application faite par l'opérateur d'un autre principe qui doit être général pour l'ablation des tumeurs et qui consiste à commencer les incisions du côté de l'origine des nerfs, au lieu de les terminer dans cette même direction. On a ainsi l'avantage d'intercepter du premier coup la communication du cordon nerveux avec le centre sensorial, et de rendre par là beaucoup moins douloureuse la dissection de la tumeur. On comprend, en effet, que si au lieu de faire la section complète de ces cordons nerveux dès le commencement de l'opération, on laisse subsister leurs communications avec les centres médullaires, chaque fois que la section de ces nerfs se renouvellera dans le cours de la dissection, ce sera pour le patient une angoisse des plus vives. Or la douleur, pour un grand nombre d'opérés, est une cause d'épuisement tout aussi funeste et souvent plus redoutable qu'une hémorrhagie. Dans l'extirpation des tumeurs volumineuses, la formation des lambeaux peut embarrasser l'opérateur qui n'a pour se guider qu'une appréciation toujours plus ou moins inexacte, basée sur le volume et l'étendue de la tumeur elle-même. Frappé des inconvénients résultant de l'absence d'une loi qui réglât la confection des lambeaux et leur assurât des dimensions convenables, M. Lisfranc chercha à combler cette lacune, et après de nombreux essais, il s'est arrêté au précepte suivant : le chirurgien commencera par prendre la largeur de la base de la tumeur, et conservera une étendue de peau qui soit la moitié de cette largeur plus un centimètre pour chacun des lambeaux. L'expérience a souvent démontré qu'avec cette longueur ils suffisent pour couvrir la solution de continuité résultant de l'extirpation de la tumeur (*Clin. chir. de l'hôpit. de la Pitié*, t. I, p. 393). Cette règle toutefois souffre une exception pour les tumeurs qui ont exercé pendant longtemps sur les téguments des tractions fortes et soutenues, et les ont

attirés à elles dans une grande étendue. En s'y conformant exactement, dans ce cas, comme la peau se rétracte beaucoup plus que dans les circonstances ordinaires, ce qu'on en aurait conservé ne serait pas suffisant pour que la réunion immédiate pût être faite : il est difficile d'indiquer d'une manière précise la quantité de peau qui devra être ménagée alors; car pour cela il faudrait pouvoir rigoureusement apprécier l'étendue du déplacement que la tumeur lui a fait subir. Seulement le chirurgien se rappellera qu'il est préférable d'avoir des lambeaux trop longs que trop courts. Il devra donc inciser plus loin sur la tumeur sans craindre un excès de longueur auquel la nature remédie le plus souvent par la rétraction secondaire que subissent les lambeaux, si surtout on a soin de ne pas les maintenir en place une fois que la réunion par première intention ne peut plus être obtenue.

Tout en acceptant ce qu'il y a de véritablement pratique dans ces diverses indications, et surtout dans l'évaluation en quelque sorte mathématique de la longueur à donner aux lambeaux, évaluation dont nous avons vu souvent son auteur faire les plus heureuses applications, il nous semble que dans les cas où, comme cela avait lieu chez notre malade, la tumeur est très-volumineuse, fort ancienne, il y aurait de l'inconvénient à suivre à la lettre le précepte relatif à la conservation de la peau; car celle-ci, soumise à une distension considérable et longtemps prolongée, peut perdre la propriété contractile en vertu de laquelle elle se rétracte quand elle est divisée. C'est une remarque qui n'échappera pas au chirurgien, et dont il devra tenir compte.

Am. Forget.

TOXICOLOGIE.

RECHERCHES ET EXPÉRIENCES SUR LES CONTRE-POISONS DU SUBLIMÉ CORROSIF, DU PLOMB, DU CUIVRE ET DE L'ARSENIC.

(Suite et fin.)

IV. *Contre-poisons de l'acide arsénieux.*

L'eau de chaux, les sulfures alcalins, l'eau hydrosulfurée, voilà les substances qui étaient vantées comme contre-poisons de l'acide arsénieux; mais l'utilité de ces matières était si contestée, qu'on aurait pu soutenir qu'on ne connaissait pas encore les antidotes de cette substance vénéneuse, lorsque M. Bunzen annonça l'efficacité de l'hydrate de peroxyde

de fer. La vérité de cette assertion fut universellement confirmée ; cependant les expériences rapportées dans un travail qui est commun à l'un de nous avec MM. Deville, Nonat et Guibourt, montrèrent, 1° qu'il fallait une quantité très-considérable de bouillie d'hydrate de peroxyde de fer pour obtenir la formation d'arsénite ferrique insoluble ; 2° que cet arsénite était loin d'être innocent, les acides de l'estomac pouvant le dissoudre et le rendre vénéneux ; 3° que le peroxyde de fer hydraté sec des pharmaciens, connu sous le nom de safran de Mars apéritif ou de souscarbonate de fer, pouvait être substitué avec avantage à la gelée d'hydrate de peroxyde de fer.

Nous avons pensé que de nouvelles expériences sur la valeur physiologique de ces subtances, considérées comme contre-poisons, étaient nécessaires. Nous avons également essayé le persulfure de peroxyde de fer hydraté.

Cette substance devait avoir une double action sur l'acide arsénieux ; une partie de ce corps pouvant être transformée en sulfure d'arsenic insoluble, et une autre en arsenic de peroxyde de fer, la décomposition mutuelle devait être et plus facile et plus rapide qu'avec le simple hydrate de peroxyde de fer.

L'expérience n'a pas confirmé complétement ces espérances. Il faut du temps et un excès de persulfure pour précipiter dans l'éprouvette l'acide arsénieux dissous. Nous avons constaté la formation de sulfure d'arsenic.

Quoi qu'il en soit, voici les expériences physiologiques entreprises avec ces divers agents.

Exp. I. Un chien de petite taille, mais bien portant et vif, a pris dans un morceau de viande 0,3 d'acide arsénieux en poudre.

Immédiatement l'œsophage a été lié.

Au bout de dix minutes, ce chien a fait de grands efforts pour vomir; il est mort dans la nuit ; il avait été empoisonné à midi.

L'estomac contenait assez de liquide, dans lequel on reconnaissait les morceaux de viande indigérés. La partie supérieure du petit intestin était garnie de beaucoup de matières bilieuses.

L'estomac présentait quelques ecchymoses sous-muqueuses, larges comme un centime tout au plus. Il n'y avait que deux ou trois de ces ecchymoses devant qui la muqueuse fût restée intègre. Ailleurs, et particulièrement dans le grand cul-de-sac et vers le pylore, on voyait de nombreuses plaques rouges ponctuées. Le pylore était très-contracté.

Les autres organes ne présentaient rien d'important.

Nous avons recueilli de cet animal la rate, le foie, du sang du cœur droit, les deux ou trois gouttes de chyle que contenait le canal thoracique.

La rate et le foie nous ont donné des traces notables d'arsenic. Le sang en a présenté aussi, mais moins. Il a été impossible d'en découvrir dans la très-petite quantité de chyle que nous avions.

Ce fait donne une idée de l'action vénéneuse de 0,3 d'acide arsénieux sur les chiens.

Exp. II. Un chien de très-forte taille, parfaitement bien portant, a pris dans un peu de viande 0,3 d'acide arsénieux.

Immédiatement après; nous lui avons injecté, par l'œsophage ouvert, 150 grammes de magma de peroxyde de fer hydraté humide, et une ligature a été appliquée sur l'œsophage.

Pendant 20 minutes le chien, qui paraît un peu accablé, n'a point fait d'efforts pour vomir.

Le lendemain, après vingt-trois heures, le chien est encore bien vivant. Observé plusieurs fois la veille dans la journée, il a été vu malade et couché, mais sans efforts pour vomir.

Nous coupons la ligature de l'œsophage; la plaie est en pleine et belle suppuration.

Le troisième jour, ce chien se tient encore couché. On lui donne un peu de viande qu'il mange; puis il fait plusieurs efforts de déglutition. Au bout de cinq minutes, après quelques haut-le-corps, il la rejette, puis se met à la relécher.

Le quatrième et le cinquième jour il est encore fort languissant, mais c'est tout.

Le sixième, il est beaucoup plus vivant et semble se ranimer. Il mange devant nous un peu de viande avec avidité; mais il la vomit; puis il la remange et la garde. Il est remarquable qu'il fait de grands efforts de déglutition quand elle franchit le rétrécissement de l'œsophage.

Le neuvième jour, il se montre encore à peu près dans le même état.

Les jours suivants, il continue à vivre et à maigrir. La fistule œsophagienne reste béante; mais il reprend un peu de gaîté. Au douzième jour, il boit et mange presque comme s'il n'avait point de plaie.

Au treizième, l'animal paraît reprendre un peu d'embonpoint; il joue dans la cour, aboie, boit et mange comme s'il n'y avait pas eu d'empoisonnement. La plaie du cou est devenue fort simple et fort belle, quand, le quatorzième jour, il s'enfuit.

Il est évident que le peroxyde de fer hydraté humide, en quantité suffisante, a garanti ce chien des effets de l'acide arsénieux pris aussi en quantité suffisante pour tuer.

Ce chien a eu le bonheur, assez rare d'ailleurs, d'échapper aussi aux effets de la ligature et de l'incision de l'œsophage.

Exp. III. Un chien de forte taille, maigre mais robuste, a pris dans un peu de viande 0,3 d'acide arsénieux. Nous lui injectons par l'œsophage ouvert, au moyen de 150 grammes d'eau, un grand excès de peroxyde de fer hydraté sec, dit safran de mars apéritif.

L'œsophage est lié.

Le lendemain, vingt-deux heures et demie après l'opération, le chien se trouve bien vif et gai. Il ne semble pas avoir subi d'opération. La veille dans la journée il a été vu malade, mais non faisant des tentatives pour vomir. La plaie est en bonne suppuration.

Nous coupons la ligature de l'œsophage, et immédiatement après nous voyons le chien exécuter des mouvements de déglutition, et la salive sort en assez grande quantité par l'œsophage ouvert.

Le troisième jour, le chien a bu à plusieurs reprises et en abondance; l'eau ressort par la plaie de l'œsophage. Les premières gorgées semblent passer, mais au bout de quelque temps, à mesure qu'il boit, l'eau s'écoule par la plaie en long courant. On lui donne un peu de viande qu'il mange avec appétit et qu'il avale. Il n'en sort que très-peu par le trou de l'œsophage.

L'animal maigrit sensiblement.

Le quatrième et le cinquième jour, il est fort languissant, ne prend rien et montre une grande faiblesse; rien de plus.

Le sixième au matin il meurt devant nous.

La muqueuse de l'estomac est fort plissée; il ne contient absolument rien, et présente partout la couleur et la consistance les plus normales.

Il en est de même pour le duodénum.

A l'endroit de la plaie de l'œsophage existe une abondante suppuration, et des adhérences réunissent entre eux toutes sortes d'organes. La plaie de l'œsophage, grande comme un centime, est béante. Autour se trouvent plusieurs petits foyers purulents. En bas, ces foyers, plus nombreux, finissent par un foyer plus grand qui suit le trajet de l'œsophage, finit par s'ouvrir dans le médiastin, et le remplit d'un pus abondant et sanieux.

Rien ailleurs.

Il est évident que ce chien a succombé à des accidents tout différents de ceux de l'empoisonnement par l'acide arsénieux.

Exp. IV. Un chien de chasse bien portant mange dans un peu de viande 0,3 d'acide arsénieux. Nous injectons immédiatement par l'œsophage ouvert 80 grammes de peroxyde de fer hydraté sec, délayé dans 180 grammes d'eau. Puis une ligature est appliquée au-dessus de la plaie.

Le chien ne paraît pas dans la journée faire d'efforts pour vomir; seulement il est triste.

Le lendemain, il ne semble pas mal. L'œsophage est délié.

Le troisième jour, l'animal se montre dans le même état à peu près.

Le quatrième jour, il prend un peu de bouillon.

Le cinquième, il est faible et tousse beaucoup. Sa toux est sèche et convulsive.

Il meurt dans la nuit du cinquième au sixième jour.

Pus séreux et abondant dans le médiastin. Caillot fibrineux dans les veines jugulaire interne et cave supérieure; beaucoup de sang dans le cœur droit; caillot fibrineux dans le cœur gauche. Ecchymoses nombreuses à la surface des poumons et dedans; en quelques points de ces ecchymoses, suppuration; en un point, large ulcération sous-pleurale. Nulle trace apparente d'une véritable inflammation.

Dans l'estomac, rien de particulier. La membrane muqueuse, très-consistante partout, est partout fort plissée. Vers le grand cul-de-sac elle est rosée d'une manière marquée.

Il y a un tænia.

Dans ce fait nous croyons que le chien n'a pas succombé aux accidents

de l'empoisonnement, mais à une asphyxie produite par les accidents consécutifs à une phlébite et à une résorption purulente qui ont pris source dans le médiastin.

Exp. V. Un chien de chasse très-robuste avale dans un peu de viande 0,3 d'acide arsénieux. Immédiatement on lui fait avaler, aussi dans de la viande, deux cuillerées de persulfure de peroxyde de fer hydraté non encore séché.

L'œsophage est lié.

Quinze minutes après, ce chien fait de grands efforts comme pour vomir, et il rend par la gueule beaucoup d'écume blanche. Il paraît tourmenté par les matières que contient son estomac. Les efforts pour vomir persistent pendant quatre heures après l'opération.

Le lendemain, ce chien est bien vivant, et nous lui délions l'œsophage.

Le troisième jour et le quatrième, il est assez bien portant, quoiqu'il reste couché.

Le cinquième, il semble un peu plus affaibli.

Les jours suivants, il prend progressivement un peu plus de force et de gaieté; il boit et mange bien; seulement il vomit immédiatement la viande qu'il vient d'avaler, puis il reprend et remâche ce qu'il vient de vomir, et, à compter de ce moment, la digestion paraît se bien faire.

L'animal redevient gras.

Au quatorzième jour, il s'évade, n'ayant plus au cou qu'une plaie superficielle, et ayant repris toutes ses fonctions, sauf la modification ci-dessus décrite, après la première déglutition.

Ce fait prouve invinciblement l'efficacité du persulfure de peroxyde de fer hydraté pour empêcher l'action vénéneuse de l'acide arsénieux introduit dans l'estomac.

Exp. VI. Un chien d'une grande et forte taille avale avec un peu de viande 0,3 d'acide arsénieux pulvérisé. Immédiatement après, nous injectons par une plaie faite à l'œsophage à peu près 30 grammes de magma de persulfure de peroxyde de fer, puis l'œsophage est lié au-dessous de la plaie.

Le lendemain, ce chien est parfaitement bien portant. Il a, comme avant l'expérience, une véritable chorée; du reste, il ne semble pas souffrir. Hier dans la journée, il a jeté par la gueule une grande quantité de glaires spumeuses.

On délie l'œsophage.

Le troisième jour, ce chien paraît très-bien portant. Il a mangé dans la journée de la soupe qu'il a vomie.

Le quatrième et le cinquième jour il continue à se bien porter et se montre le plus vivant de nos animaux en expérience.

Le sixième jour au matin, on le trouve mort.

Du sang est répandu en assez grande abondance à divers endroits dans le chenil.

Vers la plaie du cou et dans tout le tissu cellulaire formant gaîne aux muscles du cou et à l'œsophage, il y a un énorme caillot remplissant toute la plaie.

Un peu de sérosité trouble et sanguinolente dans les deux plèvres.

Estomac très-resserré; les plis de la muqueuse sont très-marqués, surtout vers l'orifice cardiaque. Couleur et consistance normales de toute la muqueuse.

Il est évident que ce chien a échappé complétement à tous les accidents de l'empoisonnement, et que sa mort ne peut être attribuée qu'à l'hémorrhagie qui a eu lieu pendant la nuit du cinquième au sixième jour.

Exp. VII. Un chien robuste, de moyenne taille, a mangé dans un peu de viande 0,3 d'acide arsénieux. Immédiatement après, nous lui lions l'œsophage.

Il reste étendu par terre sans grande manifestation de douleur, d'impatience ou de nausée.

Au bout de quarante minutes nous lui injectons, par l'ouverture de l'œsophage, 30 grammes de persulfure de peroxyde de fer hydraté en magma, et la ligature est rétablie sur l'œsophage.

Ce chien, qui a beaucoup langui toute la journée, est mort vingt-deux heures après l'empoisonnement.

On en a perdu les organes, que nous voulions examiner.

En quelque état, au reste, qu'ils aient été, il est certain que le persulfure, qui nous a fort bien réussi sur les autres, est arrivé trop tard sur ce chien pour combattre le poison, déjà absorbé en quantité suffisante pour amener la mort.

En résumé :

Nous croyons qu'il faut, d'après ces expériences, considérer comme contre-poisons les matières suivantes :

1° Contre le sublimé corrosif :

Le mélange de poudre de zinc et de fer, le fer réduit par l'hydrogène, le persulfure de peroxyde de fer hydraté humide.

2° Contre le cuivre :

Le mélange de poudre de zinc et de fer, le fer réduit par l'hydrogène, le fer porphyrisé, la limaille de zinc, le persulfure de peroxyde de fer hydraté.

3° Contre le plomb :

Le persulfure de peroxyde de fer hydraté humide.

4° Contre l'acide arsénieux :

Le peroxyde de fer hydraté humide, le peroxyde de fer hydraté sec, et le persulfure de peroxyde de fer hydraté humide.

5° Cette dernière préparation aurait même cet avantage que, changeant la nature des quatre poisons que nous venons de citer, elle conviendrait surtout dans le cas où la substance suspecte appartiendrait à

l'une ou l'autre de ces séries, sans qu'on pût *a priori* décider à laquelle.

Quant à la manière d'administrer ces contre-poisons et aux doses qu'il faut donner, nous pensons que le moyen le plus simple, en ce qui regarde les poudres de fer et de zinc, consiste à les suspendre dans un électuaire, comme le conseille M. Dumas, ou à les envelopper par portions dans du pain à chanter. Pour les magma de peroxyde de fer ou de persulfure, on peut les faire avaler sous forme de gelée, comme ils sont conservés dans les pharmacies.

Nous croyons qu'il sera utile d'accompagner cette administration de plusieurs verres d'eau tiède et de titillations de la luette pour exciter et faciliter le vomissement, en même temps que ce liquide lavera l'estomac et facilitera l'action du contre-poison sur toutes les parcelles de poison qu'il aura recueillies.

Nos expériences prouvent, en ce qui regarde les doses, que 7 grammes de poudre de fer ou de zinc peuvent suffire pour arrêter l'action vénéneuse d'un gramme d'acétate de cuivre; que 60 grammes de magma de persulfure peuvent suffire contre la même dose d'acétate de cuivre et contre 0,30 d'acide arsénieux; qu'il faut 120 grammes de magma de peroxyde de fer hydraté humide pour obtenir le même résultat contre cette dernière substance. 80 grammes de peroxyde de fer hydraté sec nous paraissent suffisants contre 0,30 d'arsenic.

Enfin, pour ce qui regarde le temps pendant lequel on peut administrer utilement un contre-poison, nous sommes d'avis que plus tôt on aura pu le donner, et plus sûr on sera de réussir; qu'en ce qui concerne l'acétate de cuivre, 40 minutes écoulées ne seront pas encore une raison pour perdre l'espoir de réussir, mais que l'arsenic est plus vite absorbé. Par conséquent, dans les cas où on ne pourrait pas arriver plus tôt auprès du malade, il serait nécessaire, en même temps qu'on administrerait le contre-poison, pour neutraliser la substance vénéneuse qui existerait encore dans les voies digestives, de s'occuper activement à combattre les effets de l'arsenic digéré et à le chasser de l'économie.

Les derniers faits nous paraissent tellement péremptoires et la préparation et la conservation de ces contre-poisons sont si faciles, que nous engageons tous les pharmaciens à préparer et à conserver pour l'usage une proportion convenable de chacune de ces substances, et notamment du persulfure de fer, à cause de sa propriété générale de remédier aux quatre empoisonnements dont nous nous sommes occupés ici.

BOUCHARDAT. S. SANDRAS.

CHIMIE ET PHARMACIE.

MOYEN D'OBTENIR L'IODURE DE FER NEUTRE A L'ÉTAT SOLIDE.

Depuis que M. Dupasquier, de Lyon, a publié son intéressant travail sur le protoiodure de fer, on suppose généralement que ce composé chimique ne peut être obtenu à l'état solide, alors qu'on opère au contact de l'air, qu'en éprouvant une décomposition plus ou moins profonde de la part de l'oxygène atmosphérique, lequel, en agissant sur une partie du fer qu'il peroxyde, met en liberté une quantité d'iode correspondante à celle de l'oxygène absorbé, de telle sorte que l'iodure de fer des pharmacies est considéré aujourd'hui comme étant constitué par un mélange, en proportions variables, de protoiodure de fer, de periodure de fer, de sesquioxyde de fer, et enfin d'iode libre. Cette supposition est très-certaincment l'expression de la vérité : l'iodure de fer solide, préparé comme le *Codex* le recommande, est sans contredit un composé chimique variable par sa composition intime, et partant il constitue un agent médical infidèle auquel il convient, sans aucun doute, de préférer l'iodure de fer neutre, base de la *liqueur normale de M. Dupasquier*.

Toutefois l'obtention du protoiodure de fer neutre à l'état solide n'est pas impossible, même en opérant en présence de l'air ; sa préparation est même assez facile ; il suffit pour cela de se procurer, par les moyens ordinaires, une solution concentrée de protoiodure de fer, et de l'évaporer ensuite dans une capsule de porcelaine, dans le fond de laquelle on met une certaine quantité de grosse limaille de fer bien exempte d'oxyde, ou mieux encore de la tournure ou du fil de fer très-fin. L'évaporation doit être faite avec soin, et poussée jusqu'au moment où en prenant une petite quantité d'iodure à l'aide d'un tube de verre, et le déposant sur un corps froid, il s'y fige instantanément. Lorsque l'on est arrivé à ce point de concentration, on décante avec précaution l'iodure ferreux du fer métallique qui l'accompagne, on le coule sur une plaque de verre ou de porcelaine, et on l'introduit immédiatement dans de petits flacons bouchés à l'émeri, bien secs, et privés autant que possible d'air, au moyen de la chaleur. Hâtons-nous d'ajouter que malgré cette précaution le protoiodure de fer ne tarde pas à être altéré ; aussi croyons-nous que ce composé salin ne saurait être substitué avec avantage à la solution normale de M. Dupasquier, qu'au moment même où il vient d'être obtenu. La préparation de l'iodure ferreux par le

procédé que je viens de décrire, est du reste d'une exécution prompte ; une heure suffit pour s'en procurer plusieurs centaines de grammes.

Voici maintenant l'exposé des principales propriétés du protoiodure de fer solide, préparé comme il vient d'être dit.

Il est en plaques plus ou moins épaisses, très-fragiles, offrant dans leurs cassures des traces évidentes de cristallisation ; sa couleur est le vert tirant sur le brun ; sa saveur est atramentaire et tout à fait analogue à celle de la couperose verte. Il est éminemment déliquescent. Sa dissolution aqueuse est verdâtre. Il précipite en blanc par l'ammoniaque, en blanc bleuâtre par le cyanure jaune de potassium et de fer. Broyé avec de l'amidon, ce dernier n'est nullement bleui ; en un mot, il possède tous les caractères des protosels de fer.

De ce qui précède il résulte qu'on peut aisément obtenir du protoiodure de fer solide ayant la même composition chimique que celui qui constitue la liqueur iodoferrée de M. Dupasquier, et pouvant servir à préparer tous les médicaments ayant pour base cette liqueur.

Un mot maintenant sur la valeur thérapeutique du protoiodure de fer pur. On sait que c'est M. Dupasquier qui a surtout attiré l'attention des praticiens sur les inconvénients que présente l'iodure de fer solide des pharmaciens, à cause de la proportion plus ou moins forte d'iode libre qu'il renferme, et sur les avantages qu'il y a à lui substituer un iodure neutre entièrement exempt d'iode non combiné. Et d'abord, est-il bien certain que les préparations de M. Dupasquier, ayant pour base l'iodure ferreux pur, peuvent éprouver le phénomène de l'absorption sans qu'aucune trace d'iode soit mise en liberté? C'est ce que je nie formellement, attendu qu'il est d'observation pratique que ces préparations sont accessibles à l'action décomposante de l'oxygène atmosphérique, et que l'absorption se fait toujours en présence d'une proportion plus ou moins grande de ce fluide élastique. Et puis, est-il bien avéré que l'iodure ferreux est l'agent curatif de la phthisie pulmonaire, ainsi que M. Dupasquier l'a si chaudement proclamé? Il ne m'appartient pas d'examiner ici la valeur de cette assertion ; je me contenterai seulement de faire observer que cette médication ne saurait être également efficace à toutes les époques de la maladie tuberculeuse ; qu'il est même très-probable qu'on ne doit en obtenir de bons résultats qu'au début de la maladie, époque à laquelle les préparations ferrugineuses associées à l'iodure de potassium auraient le même effet. Toujours est-il que l'iodure ferreux n'agit pas longtemps comme tel dans l'économie, attendu qu'il ne tarde pas à être décomposé par le carbonate de soude que nos humeurs renferment, et transformé en carbonate de fer insoluble, lequel séjourne dans l'économie, et en iodure de sodium soluble, lequel en

sort par diverses voies, et notamment par la sécrétion rénale. Puis donc que l'iodure de fer est si altérable, et les iodures de potassium et de sodium le sont si peu, pourquoi ne pas préférer ces derniers composés iodurés, secondés par l'emploi des préparations martiales, quand on désire obtenir à la fois l'action de l'iode et du fer? C'est un point de vue que je soumets aux thérapeutistes qui ne partagent pas pour l'iodure de fer l'engouement de l'estimable praticien de Lyon.

L. Mialhe.

DE L'EAU ÉTHÉRÉE CONSIDÉRÉE COMME DISSOLVANT.

Les dissolvants neutres sont extrêmement précieux dans l'analyse chimique ou pharmaceutique, parce qu'ils servent à isoler avec facilité les principes immédiats divers qui entrent dans la composition des produits provenant des êtres organisés.

Ils l'emportent ordinairement beaucoup sur les dissolvants soit acides, soit basiques, parce que les matières qu'ils prennent en dissolution en sortent ordinairement intactes, et ne subissent pas ces transformations variées qui sont si communes avec les dissolvants acides ou alcalins.

L'eau est un dissolvant admirable, employé avec beaucoup d'avantage dans plusieurs préparations chimiques ou pharmaceutiques; malheureusement, dès qu'elle est chargée de quelques principes organiques, elle ne s'oppose nullement à la décomposition spontanée, soit à cause de l'influence oxydante de l'air, soit à cause de la présence incessante de ces germes animés qui ont bientôt substitué, par les transformations continuelles qu'ils font subir à la matière organisée, d'autres principes à ceux qui existaient en dissolution.

J'espère qu'on appréciera le moyen simple que je vais faire connaître, qui permet de conserver à l'eau toutes ses propriétés dissolvantes, et qui s'oppose en même temps à toute altération ultérieure du principe dissous.

J'avais vu depuis longtemps, et ce fait a déjà été communiqué par moi à plusieurs personnes, que l'eau chargée d'éther jusqu'à saturation, et même surnagée d'une légère couche de ce liquide en excès, était un moyen aussi simple que commode pour conserver les objets organiques délicats, sans autre altération que celle que le dissolvant lui fait subir. Ce moyen de conservation n'impose qu'une condition, celle d'avoir des vases clos exactement.

Cette préservation absolue de toute décomposition spontanée des matières organisées sous l'influence de l'eau éthérée, me fait espérer

qu'on pourra désormais trouver en ce liquide économique un agent de dissolution qui réunira les principaux avantages de l'eau sans en offrir les inconvénients résultant d'une prompte décomposition des matières dissoutes ou tenues en suspension.

On pourra ainsi préparer des macérations, des digestions, des lixiviations, chargées des principes solubles dans l'eau, qui pourront être employées directement quand l'éther n'aura pas d'effet thérapentique nuisible, et d'où les matières dissoutes pourront ainsi facilement sortir sans altération.

Je ne doute pas que ce nouveau dissolvant ne puisse être employé heureusement dans la préparation de plusieurs *extraits actifs,* surtout lorsqu'on poura disposer d'un appareil pour effectuer l'évaporation dans le vide. On aura en effet ici, avec une rare fidélité, la représentation des principes solubles dans le véhicule propre, et cela sans nulle altération; car par la nature du dissolvant nous évitons les décompositions spontanées, si fréquentes dans toutes les dissolutions aqueuses, et qui commencent presque aussitôt que l'eau est en contact avec une partie organisée; par l'emploi du vide on évitera les décompositions résultant de l'intervention de la chaleur. Je dois ajouter encore que les appareils aujourd'hui en usage pour les évaporations des extraits dans le vide permettront de recueillir l'éther employé dans chaque opération. Le surcroît de dépense deviendra alors aussi faible que possible. Si quelques hommes de pratique veulent bien adopter ces idées, j'espère que les extraits préparés par ce mode rendront de grands services.

Avant de terminer, je crois utile de dire que l'eau éthérée permettra à l'anatomiste de conserver avec toutes leurs formes les objets d'une texture délicate, s'il a la précaution de faire dissoudre dans l'eau, soit un peu de sucre, soit d'un autre principe, pour donner à l'eau un coefficient endosmosique exactement pareil à celui de la matière qu'il voudra conserver avec toutes ses formes. Il pourra encore employer avec avantage l'eau éthérée pour les macérations qui sont si heureusement mises en usage dans les recherches d'anatomie microscopique pour désagréger les tissus élémentaires. Il évitera ainsi les décompositions spontanées qui produisent des liquides infects, et qui souvent altèrent les formes des tissus, soit par le développement de nouveaux êtres, soit par le ravage que ces hôtes microscopiques occasionnent dans les tissus normaux.

A. Bouchardat.

NOUVEAU MOYEN D'EXTRAIRE LA CICUTINE; QUELQUES OBSERVATIONS SUR LA PRÉPARATION DU SACCHARURE DE SULFATE DE CET ALCALI ORGANIQUE.

M. Baudeloque, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, ayant constaté tout le parti avantageux que l'on peut retirer, dans certains cas de scrofule, de l'emploi de l'extrait alcoolique de ciguë, mais frappé aussi de l'inconvénient que présente un médicament qui n'est jamais identique avec lui-même, me pria, à l'effet d'y remédier, d'extraire la cicutine, principe sur lequel repose toute l'action de cette ombellifère.

Hâtons-nous d'ajouter que les prévisions de ce savant médecin ont été pleinement confirmées par l'expérience, et que l'emploi des sels, et particulièrement du sulfate de cet alcaloïde, est devenu entre ses mains la base d'un traitement nouveau, employé avec un succès très-soutenu dans le service des scrofuleuses confié à ses soins.

Le procédé d'extraction de M. Geiger, reproduit par M. Liebig, dans son *Traité de chimie organique*, présente plusieurs inconvénients graves, entre autres une manipulation longue et difficile. Après avoir constaté chacun des vices de ce procédé, et avoir cherché à y remédier le plus possible, voici celui auquel nous nous sommes arrêté : l'expérience ayant démontré que la ciguë est le plus riche en alcaloïde alors qu'elle est sur le point d'entrer en floraison, c'est ce moment que l'on devra choisir pour en opérer l'extraction; ce premier soin observé, la plante, après avoir été mondée, devra être promptement réduite en une pulpe fine, dont le suc sera extrait le plus rapidement possible, afin de prolonger le moins longtemps le contact de l'air, et partant éviter l'altération de la cicutine.

L'extraction du suc opérée, on le rendra franchement acide par l'addition d'une proportion convenable d'acide sulfurique (environ 4 gr. pour 500), et aussitôt après on procédera à sa coagulation et à sa filtration, ayant toujours bien soin de déployer beaucoup d'activité.

Le suc filtré sera recueilli dans une cornue tubulée munie d'une allonge, d'un récipient, et placée sur un fourneau à réverbère. Tout étant disposé de la sorte, on opérera la concentration de la liqueur extractive, évitant que la température dépasse 80° centigr., et arrêtant l'opération aussitôt que le liquide aura perdu la moitié de son volume primitif. Arrivé à ce point, on le transvasera dans un bocal à deux tubulures, dont l'une, latérale, sera munie d'un robinet; on ajoutera alors une quantité de potasse caustique égale à un huitième environ du poids du liquide, et une couche d'éther, dont le volume représentera celui de la liqueur aqueuse. Arrivé à ce point, la potasse neutralise l'acide sulfu-

rique, d'où il résulte que la cicutine est mise en liberté et dissoute par l'éther, dont on facilite l'action par une agitation souvent répétée.

Après deux heures environ de contact, on procède à la séparation de la couche éthérée à l'aide du robinet latéral, et cette dernière reçue dans une cornue toute disposée sur un fourneau à cet effet, on procède à la séparation de la cicutine à l'aide d'une température convenablement ménagée, pour que l'éther seul se volatilise.

La cicutine reste comme résidu, sous la forme d'un liquide huileux légèrement coloré; cependant sa pureté est assez grande pour l'usage médical.

Si toutefois on voulait l'obtenir dans un état de pureté parfaite, il faudrait, ce moment venu, changer de récipient, et recueillir la cicutine, qui distillerait sous l'influence d'une température convenablement élevée, dans des tubes en verre que l'on scellerait immédiatement à la lampe.

En raison de l'action très-énergique de ce principe, et surtout à cause de sa très-facile altérabilité, nous avons dû recourir, pour l'emploi, à l'un de ces sels : c'est au sulfate que nous avons donné la préférence; nous pensons que les précautions que nous avons reconnues indispensables pour obtenir et conserver ce produit inaltéré ne seront point déplacées ici.

Après avoir neutralisé la cicutine par une quantité convenable d'acide sulfurique allongé de son volume d'eau, ce que le papier de tournesol nous indique, nous évaporons à la chaleur de 80 degrés environ notre dissolution déjà concentrée jusqu'à consistance sirupeuse; ce moment arrivé, nous les mélangeons intimement à une quantité bien soigneusement pesée de sucre desséché à la vapeur de l'eau bouillante: l'excès du second poids sur le premier nous indique la proportion de sulfate de cicutine; cette quantité n'est pas absolue, puisque le sulfate de cicutine n'était pas entièrement sec; mais la crainte d'obtenir un produit altéré nous a engagé à préférer une valeur à la fois minimum et un peu variable.

La présence du sucre a ici l'avantage de préserver en partie de l'influence de l'air le sel de conine, et surtout de rendre plus facile le maniement de doses très-faibles.

Nous terminerons par une dernière observation : si entre la quantité de suc et de sel d'alcaloïde il n'y a pas une relation décimale, nous avons soin de l'établir par l'addition d'une nouvelle dose de sucre : on dispense ainsi l'esprit de tout calcul, et on évite de nombreuses causes d'erreur, circonstance que l'activité du produit rend capitale.

Ville, interne des hôpitaux.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de matière médicale et de thérapeutique appliquées à chaque maladie particulière, par M. le docteur F. Foy, *pharmacien en chef de l'hôpital Saint-Louis.*

Les traités de matière médicale et de thérapeutique ne manquent point dans la littérature médicale ; mais un grand nombre déjà ont vieilli, et ne sont plus au niveau de la science : parmi eux qui portent une date plus récente, il en est quelques-uns qui portent l'empreinte d'idées systématiques, dont le moindre inconvénient est de fausser, dans quelques cas, les indications thérapeutiques les plus simples. En publiant le livre dont nous voulons parler en ce moment, M. le docteur Foy a donc fait une œuvre importante : les praticiens le reconnaîtront tous.

M. Foy n'est point un nouveau venu dans cette carrière ; depuis longues années déjà la pharmacologie et la thérapeutique ont été l'objet de ses consciencieux travaux : nous ne rappellerons point ses antécédents, personne d'entre nous ne les ignore. La position actuelle de l'auteur, que sa qualité de pharmacien d'un des principaux hôpitaux de Paris met à même de juger sur une immense échelle les applications thérapeutiques, est admirable pour un pareil travail. Médecin et pharmacien tout à la fois, d'ailleurs, M. Foy est compétent à juger les deux pratiques, compétent par conséquent à prononcer sur les questions des deux sciences. Il est peu d'hommes aujourd'hui qui aient autant de titres à entreprendre un traité de matière médicale et de thérapeutique ; aussi le livre du pharmacien en chef de l'hôpital Saint-Louis se recommande-t-il à l'attention des praticiens d'une manière toute particulière.

Le premier volume de cette importante publication est exclusivement consacré à la matière médicale, à la pharmacologie proprement dite : là, toutes les substances simples et composées, qui sont au service de la thérapeutique, sont étudiées sous tous les rapports utiles qu'elles peuvent présenter ; leurs propriétés médicinales, les doses, les modes d'administration, les diverses formes qu'elles peuvent revêtir, sont indiqués de la manière la plus large et la plus complète. Lorsqu'il s'agit des propriétés que les substances médicinales peuvent développer vis-à-vis de l'organisme en proie à la maladie, il ne suffit pas de cette érudition banale et de cette méthode facile à l'aide desquelles on peut en quel-

ques mois enfanter un gros volume sans y mettre beaucoup du sien; c'est là, comme on l'a dit dans un autre sens, de la science ruminante; il faut plus, il faut surtout, pour faire dans une belle direction une œuvre réellement utile, une grande sagacité, une pratique étendue: M. Foy a l'une et l'autre, et l'a montré par la manière judicieuse, large, dont il a exécuté cette partie de son ouvrage.

Un sujet neuf que l'auteur a encore traité ici, c'est la sophistication que le commerce fait subir à un grand nombre de substances médicamenteuses. M. Foy demande sur ce point s'il a eu raison: est-il permis de faire cette question, quand il s'agit de chasser du temple les traficants honteux qui jouent sur la peau humaine comme sur le bois de Campêche ou le rhum de la Jamaïque! Pauvre science! il faut que tu te défendes contre les voleurs qui veulent te ravir le peu de moyens que tu as entre les mains. Pour nous, nous ne saurions trop louer l'indépendance du pharmacien de l'hôpital Saint-Louis, qui lui a permis de traiter si bien cette question.

Le second volume de l'ouvrage est exclusivement consacré aux applications de cette dernière science au traitement des maladies. Celles-ci sont classées d'après un ordre convenable, et l'auteur indique les diverses méthodes par lesquelles ces maladies doivent être combattues. Ces indications ne sont point faites pêle-mêle, sans critique, comme cela se voit dans plus d'un ouvrage de ce genre: les indications thérapeutiques sont nettement posées; les diverses formes que la même maladie peut revêtir, et qui peuvent faire varier ces indications, sont judicieusement distinguées, et les méthodes thérapeutiques sont instituées d'après les vues de la plus saine critique.

Nous n'avons point balancé à faire l'éloge le plus explicite de l'ouvrage de M. le docteur Foy, bien qu'en cherchant un peu nous n'eussions point manqué d'y trouver quelques taches, parce que cet ouvrage est essentiellement bon et qu'il va droit à la pratique, qu'il dirigera sûrement.

De la médecine en France et en Italie, administration, doctrines, pratique; par le docteur Hippolyte Combes, ***professeur d'hygiène et de médecine légale à l'Ecole de médecine de Toulouse, pro fesseur agrégé de la Faculté de Montpellier.***

Dans un temps où plus que jamais tous les esprits sérieux s'occupent de la question de la réforme médicale en France, réforme toujours promise, mais toujours ajournée, le livre de M. Combes, répondant à

cette préoccupation, ne saurait manquer de fixer l'attention du monde médical. L'esprit d'indépendance, qui est un des principaux caractères des sociétés modernes, et qui favorise à un si haut degré le développement de l'individualité, tend sans doute à diminuer l'influence de l'action administrative dans quelque direction que celle-ci s'exerce; mais cette action, toute restreinte qu'elle est, n'en demeure pas moins une réalité positive, et dont les hommes ne s'affranchissent momentanément que dans les temps complets d'anarchie. Lors donc qu'enfin on se décidera à nous accorder cette réforme, que nous demandons tous, au nom de la dignité de l'art comme au nom des intérêts de l'humanité, de nombreuses modifications devront être apportées dans diverses institutions publiques relatives à la médecine. On ne fera certainement point disparaître par là tous les abus honteux dont nous sommes chaque jour témoins, et qui en même temps qu'ils compromettent la dignité de l'art médical, vont ébranler la confiance des masses dans l'efficacité de la science elle-même. Si, avec l'esprit de nos institutions, un tel but ne peut être complétement atteint, il ne faut pas désespérer cependant que quelques réformes salutaires puissent être opérées. M. Combes paraît attribuer une haute influence aux mesures administratives dans cette grave question; de là l'idée qu'il a conçue d'étudier l'état légal, si nous pouvons ainsi dire, de la médecine en Italie et de comparer cet état avec la constitution de la même science en France. C'est certainement là un travail utile, et il serait à désirer que ce travail fût complété en poursuivant l'étude qu'il commande dans les principales contrées de l'Europe, en Amérique, partout en un mot où la médecine est légalement constituée et soumise à une administration sérieuse.

Le médecin de Toulouse, qui a été étudier les choses sur le lieu même, se montre très-partisan de la hiérarchie compliquée suivant laquelle les médecins sont classés dans quelques provinces de la péninsule italique; ainsi il approuve beaucoup la distinction établie en Lombardie parmi les médecins de la pratique civile. Au sommet de la hiérarchie il y a un proto-médecin; au-dessous de celui-ci se placent le médecin et le chirurgien de la province; puis viennent, suivant leur importance, le médecin du district, le médico-chirurgien délégué, le médecin municipal. M. Combes voudrait qu'on fît, en partie au moins, à la France, l'application du principe de cette catégorisation. Évidemment l'auteur a écrit ceci à Rome, *in aere romano scripsit*. De pareilles distinctions sont en effet en opposition flagrante avec le principe d'égalité qui est la racine, le germe de toutes nos institutions; soumettre les médecins, en France, à un tel régime, ce serait les séparer de tout le reste de la société au milieu de laquelle ils vivent, ce serait les faire

rétrograder de plusieurs siècles ; il ne manquerait plus, pour que le tableau fût complet, que de ressusciter la perruque et la canne à bec de corbin.

Il n'en est pas de même de quelques autres mesures employées par l'administration de diverses provinces de l'Italie. C'est ainsi qu'à Modène et à Naples, les élèves en médecine sont casernés, comme le sont parmi nous les élèves de l'École polytechnique, de l'École normale. Si cette pratique passait en France, nul doute que tout le monde ne finît par s'en applaudir. C'est ainsi encore qu'en général, dans les nombreuses universités qui végètent sur le sol de l'Italie, les études médicales durent plus longtemps de deux ans qu'en France : il serait également utile d'imiter en cela les universités italiennes. Nous nous bornerons à ces simples indications, qui montrent l'esprit dans lequel a été conçu le livre dont nous nous occupons.

Mais l'auteur ne s'est point borné à étudier la médecine dite italienne sous le seul rapport administratif ; comme le titre de son livre l'indique, il a embrassé en même temps dans son étude les doctrines et la pratique de cette science au-delà des Alpes. Nous ne pensons point avec l'auteur qu'il faille aller sur les lieux mêmes pour étudier la science à ce double point de vue ; il y a longtemps, comme on l'a dit, que la pensée a trouvé ses chemins de fer. Toutefois un homme aussi instruit que M. Combes a pu tirer de ses relations directes avec les principaux savants des pays qu'il a parcourus plus d'un avantage. D'ailleurs, il faut bien le reconnaître, malgré cette facilité avec laquelle aujourd'hui la pensée franchit les distances, malgré cette fusion des nationalités savantes, si nous pouvons ainsi dire, il y a encore des Alpes et des Pyrénées. En faisant un exposé complet des doctrines italiennes, le professeur de Toulouse trouvera donc encore parmi nous des médecins à instruire, car son livre est plein de science et d'intérêt.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LA HERNIE DES ENFANTS ET SUR SON TRAITEMENT.

De tout temps les chirurgiens se sont beaucoup occupés de la guérison radicale des hernies, et des essais tentés dans ce but sont nées une foule d'opérations dont la plupart sont heureusement rejetées de la pratique. Si dans l'état actuel de la science cette infirmité est à peu près incurable,

cela tient à ce que tous les essais ont été faits chez l'adulte, et que l'on a à peu près totalement négligé la maladie chez les enfants. Chez l'adulte, en effet, l'ancienneté du mal, la rigidité des parties qui ont pris leur accroissement d'une manière anormale, ne donnent que peu d'espoir d'obtenir une guérison complète, et l'on doit dans la plupart des cas se borner à l'usage de moyens simplement contentifs. Il n'en est pas de même dans l'enfance; alors la maladie peut facilement être guérie.

Une seconde raison du peu de succès obtenu, est que l'on a cherché à obtenir la guérison au moyen d'opérations chirurgicales plus ou moins hasardeuses, et que l'on a presque tout à fait négligé un moyen qui aurait procuré de nombreuses guérisons si on l'eût employé dans le jeune âge et d'une manière convenable; nous voulons parler de la compression. Il est facile, en effet, de comprendre que chez de jeunes sujets, et à l'époque d'un accroissement rapide amenant tous les jours des changements dans les rapports des organes, une compression bien faite, s'opposant pendant un certain temps à l'issue de l'intestin déplacé, doit amener la guérison.

Si dans le jeune âge les moyens employés dans le simple but de contenir la hernie n'ont pas procuré plus souvent une guérison radicale, cela tient certainement à l'imperfection de ces moyens, et nous ne craignons pas d'être contredit en signalant les difficultés que l'on éprouve à maintenir réduites les hernies par les moyens ordinaires, tels que bandes de linge et brayers.

La condition indispensable pour le succès est que la hernie soit maintenue réduite pendant plusieurs mois; cette condition, impossible à obtenir avec les bandages ordinaires, est facilement obtenue si l'on fait usage de matières emplastiques se collant parfaitement à la peau et pouvant se maintenir en place pendant longtemps sans dérangement.

Quelques chirurgiens ont eu l'idée d'employer un bandage analogue à celui que nous proposons; mais comme aucun, que nous le sachions du moins, n'a donné de détails précis, et n'a rapporté d'observations, nous allons le faire, afin d'engager les praticiens à employer un moyen qui nous a réussi dans tous les cas où nous en avons fait usage.

Obs. I. ***Hernie ombilicale guérie en un mois.*** — Mme Moulin nous apporta, dans le mois de mars 1841, une petite fille, âgée de sept mois, portant une hernie ombilicale de la grosseur d'une noix. La tumeur a paru sans cause connue, vers le quatrième mois de la naissance; elle augmente quand l'enfant pousse des cris; elle est facilement réductible, et l'on sent alors l'ouverture aponévrotique assez grande pour laisser passer l'extrémité de l'indicateur.

Le bandage suivant fut appliqué. Une demi-sphère de cire, ayant en-

viron deux centimètres de diamètre, fut apposée sur l'ouverture ombilicale; quatre ou cinq rondelles de sparadrap de diachylon, successivement plus grandes les unes que les autres, servirent à la fixer, et le tout fut maintenu au moyen d'une bandelette de sparadrap, faisant trois ou quatre fois le tour du ventre. Ce bandage se maintint sans dérangement, et quand nous l'enlevâmes après un mois, la cicatrice ombilicale était tout à fait resserrée, et la petite malade guérie. Nous l'avons vue souvent depuis, et la guérison s'est maintenue.

Obs. II. *Exomphale.* — Mme G..., de Saint-Just (Ardèche), nous consulta dans le mois de janvier 1842, pour un petit garçon ayant environ un an, et portant à l'ombilic une hernie facilement réductible de la grosseur d'un œuf de pigeon; elle l'attribuait à une toux violente dont l'enfant avait été atteint il y avait environ quatre mois. Un bandage semblable au précédent fut appliqué, il se maintint sans dérangement pendant six semaines; quand nous l'enlevâmes, l'enfant était guéri. Mais comme la hernie était déjà ancienne et très-grosse, nous appliquâmes un nouveau bandage, afin d'éviter toute récidive; il fut gardé pendant un mois.

Il nous serait facile de citer encore plusieurs autres observations semblables, car nous en possédons un assez bon nombre dans lesquelles le succès a été le même; l'exomphale ne résiste jamais à l'emploi de ce bandage, et nous désirerions, dans l'intérêt des malades atteints de cette infirmité, qu'il pût se populariser; il rendrait à l'avenir inutiles toutes les opérations proposées dans ces derniers temps.

Le bandage emplastique ne gêne nullement le développement de l'enfant, ne produit aucune douleur, et la peau en supporte facilement le contact. Il peut en outre rester au moins deux mois sans se déranger, et cet avantage est immense, car la hernie se trouve ainsi réduite pendant un temps suffisant pour que l'ouverture aponévrotique de l'ombilic se resserre, que la cicatrice se consolide et que toute issue des organes contenus dans l'abdomen devienne désormais impossible.

Si le bandage emplastique a d'immenses avantages dans le traitement de l'omphaloïde, ils sont plus grands encore dans celui de la hernie de l'aine, car il jouit d'une propriété inappréciable ici, c'est d'être peu altérable par l'urine. Il faut pourtant le dire, la hernie inguinale guérit en général moins facilement que l'exomphale, mais elle guérit d'autant plus vite que l'enfant est plus jeune. Dans le très-jeune âge, en effet, le développement du bassin amène chaque jour des changements dans la direction du canal inguinal, qui devient oblique de direct qu'il était à la naissance; l'intestin et les autres organes abdominaux acquièrent vite un accroissement considérable, qui rend leur issue moins facile et pro-

met une guérison plus prompte; nous avons donc pour principe d'appliquer le bandage le plus tôt possible, et dès que nous sommes consulté.

Obs. III. *Hernie inguinale.* — Mme Patène, de Saint-Montant, village du canton que nous habitons, nous consulta le 6 mai 1840, pour un petit garçon âgé de deux mois, dont elle était nourrice. Elle avait aperçu depuis environ un mois une petite tumeur siégeant dans l'aine, augmentant pendant les cris de l'enfant, et disparaissant par la pression; elle ne put nous dire si cette tumeur existait quand on lui remit l'enfant quelques jours après sa naissance. Quand nous l'examinâmes, la hernie avait le volume d'une noix, elle ne tombait pas dans le scrotum, était facilement réductible, et l'anneau inguinal très-dilaté. Voici le bandage qui fut appliqué. Une demi-sphère de cire jaune fut posée sur l'anneau inguinal, des bandelettes de sparadrap de six à sept centimètres de longueur, et de largeur inégale, furent appliquées sur la demi-sphère de cire, les unes verticales, les autres horizontales, de manière à se croiser sur elle. Il en fut ainsi appliqué quatre dans tous les sens, les moins larges les premières, de manière à obtenir une pression graduée. Le tout fut fixé par une bandelette de sparadrap roulée en huit de chiffre autour de la cuisse et du bassin. Ce bandage se maintint sans dérangement et sans altération pendant quarante jours, après lesquels nous l'enlevâmes. La hernie se trouva parfaitement guérie et n'a plus reparu.

Obs. IV. — Mme M. de C. accoucha, vers le milieu du mois de mars 1842, d'un petit garçon excessivement frêle et délicat, d'une maigreur extrême, et pesant à peine un kilogramme. Cette dame avait été atteinte, vers le septième mois de sa grossesse, d'une fièvre muqueuse très-grave, ce qui explique la maigreur de l'enfant qu'elle mit au monde. Peu de jours après la naissance, on aperçut une petite tumeur à l'aine, à laquelle on fit d'abord peu d'attention; plus tard, la tumeur augmentant de volume, on consulta un médecin, mais l'enfant était si frêle, qu'il ne crut pas à la possibilité de l'application d'un bandage. Vers la fin du mois de mai, la hernie ayant considérablement augmenté, nous fûmes appelé; la tumeur descendait alors dans le scrotum, avait le volume d'un œuf de pigeon, était facilement réductible; l'anneau inguinal était très-dilaté, le doigt indicateur pouvant facilement y pénétrer en refoulant la peau en dedans; l'ouverture était directe.

Nous appliquâmes le même appareil que dans l'observation qui précède; il resta en place pendant environ deux mois; alors il fut facile de reconnaître une grande diminution dans la grandeur de l'ouverture inguinale; un second appareil appliqué pendant quarante jours déter-

mina la guérison complète, ce dont il nous fut facile de nous assurer en faisant pleurer l'enfant; mais pour plus de sûreté, et pour plaire à la mère, qui craignait le retour de la maladie, nous appliquâmes un second bandage qui fut laissé pendant un mois.

Ainsi, dans l'espace de quatre mois, fut guérie une hernie qui serait très-probablement devenue incurable, et qui aurait rendu infirme pendant toute sa vie l'individu qui la portait. Pendant toute la durée du traitement, l'enfant se développa parfaitement, cessa d'être sujet aux coliques qui le tourmentaient avant qu'on l'entreprît, et, quelque chétif qu'il fût à sa naissance, il était alors aussi fort qu'aucun enfant de son âge. Ce petit malade a été vu pendant tout le temps du traitement par notre estimable confrère M. le docteur Paradis, qui a été surpris d'une guérison aussi prompte qu'inattendue.

Nous avons rapporté cette observation avec détail, parce qu'elle est importante à cause de la gravité de la maladie, et aussi parce qu'elle prouve que le bandage peut être supporté longtemps sans inconvénients et sans gêner le développement de l'enfant.

Une précaution qui ne doit pas être négligée, c'est de défaire l'appareil tous les deux mois afin de visiter les parties : quelquefois l'on trouve la maladie guérie, d'autres fois, comme dans l'observation qui précède, il est nécessaire d'appliquer un second bandage ; avant de déranger celui qui est appliqué, on doit préparer l'appareil pour le nouveau, afin de ne laisser que très-peu de temps l'enfant débandé ; encore doit-il être couché sur le dos, et doit-on éviter de le faire crier. Une autre précaution bonne à prendre, mais qui n'est pas indispensable, c'est de rouler au-dessus du bandage emplastique une bande de toile que l'on change tous les jours. Cette bande ne donne pas plus de solidité à l'appareil, mais elle le protége et l'empêche d'être gâté par l'urine et les matières fécales.

De ce qui précède, nous croyons pouvoir conclure : 1° que les hernies ombilicales et inguinales peuvent être guéries sans opération dans l'enfance ; 2° qu'elles guérissent d'autant plus facilement que l'enfant est plus jeune et la maladie plus récente ; 3° que la condition essentielle pour le succès consiste dans l'emploi d'un bandage qui s'oppose à l'issue des organes herniés, et qui, comprimant l'anneau aponévrotique par lequel s'échappent les organes, hâte la condensation des parties ; 4° que le bandage emplastique remplit parfaitement ces deux dernières conditions.

De Balestrier, D. M.
Au bourg Saint-Andéol (Ardèche).

BULLETIN DES HOPITAUX.

Singulière affection du centre nerveux. — Le nommé Godefrin, âgé de vingt-deux ans, est entré le 13 juin à l'Hôtel-Dieu (annexe), où il est couché salle Sainte-Ursule, n° 7. La maladie dont il est atteint semble remonter au mois de novembre 1841. Jusqu'alors il avait joui d'une santé passable ; seulement lorsqu'il se baissait, sa tête tombant en avant, entraînait le corps. Mais au mois de novembre il se trouva tout à coup sans connaissance, et le lendemain il ne pouvait plus lever le bras droit et se plaignait d'une grande céphalalgie. On l'envoya dans son pays, et pendant tout le voyage il ne cessa de délirer et de pousser des cris arrachés par une vive douleur à l'épaule et à la jambe droites. Il se refit un peu, et revint à Paris au mois de décembre 1842. Là, il tomba malade, et fut transporté à l'hôpital Saint-Antoine, où il resta jusqu'au commencement du mois de juin. D'après les renseignements recueillis dans cet hôpital, il avait une fièvre typhoïde grave, à la suite de laquelle il devint et resta sourd.

Il sortit de l'hôpital Saint-Antoine assez bien portant, mais sourd, et perdant tellement la mémoire des lieux, qu'un jour il ne put retrouver son chemin dans un quartier qu'il connaissait fort bien. Il avait aussi, dit-il, de la peine à marcher.

A son entrée à l'Hôtel-Dieu (annexe), service de M. Sandras, on le trouva dans l'état suivant : surdité complète, raison bien conservée ; sensibilité normale du côté gauche ; du côté droit, sensibilité exagérée au point qu'on ne peut le toucher, à plus forte raison le pincer légèment sans le faire souffrir ; l'épaule, le côté droit du cou, le bras, la main, la cuisse, la jambe du même côté, sont dans le même état de sensibilité excessive. Le mouvement des deux jambes est lent, difficile, incertain ; le bras droit est engourdi et sans force ; la marche est très-vacillante, et le malade, pour se soutenir plus facilement, est obligé d'écarter les jambes, et d'augmenter ainsi la base de sustentation.

Depuis son entrée à l'hôpital on lui a appliqué à plusieurs reprises des sangsues en assez grand nombre à la nuque, derrière l'apophyse mastoïde du côté droit, au-dessus de l'épaule droite, on lui a placé un séton à la nuque ; et ce traitement, suivi avec persévérance, a successivement rendu à la démarche du malade toute sa régularité normale, au bras droit une force presque pareille à celle du bras gauche, et partout la sensibilité au degré naturel en santé.

Toute cette amélioration, obtenue en cinq semaines à peu près, a été, sans cause connue, interrompue par un retour marqué des premiers désordres; mais cette exacerbation ne tarda pas à disparaître sous l'influence d'une saignée et de quelques émissions sanguines locales. Aujourd'hui ce malade serait parfaitement bien s'il n'était pas resté sourd et s'il n'éprouvait un trouble remarquable de la vue.

Ce sont ces deux phénomènes qui nous paraissent mériter une attention particulière au point de vue physiologique.

Godefrin a quelque chose de tout particulier dans sa surdité. Il entend le moindre bruit qui se produit autour de lui; si on lui parle, si on frappe un corps sonore, si on passe derrière lui, il perçoit distinctement et facilement le bruit; mais il ne peut comprendre les paroles qu'on lui dit. Si on lui parle, c'est un bruit qui n'a point de sens pour lui; et cependant son intelligence n'est point troublée, car si on écrit sur son ardoise ce qu'on veut lui faire savoir, il lit et comprend très-bien les paroles. Pour lui la perception du bruit est claire, la connaissance des mots écrits est parfaite; mais il lui est impossible de saisir les mots parlés, malgré le bruit qu'ils font dans son oreille, et malgré l'aptitude de son cerveau à leur trouver leur sens quand les mots y sont introduits par l'œil.

Mais ce dernier organe lui-même n'est point exempt de trouble. Il y a des moments où il lui monte, comme il dit, une fumée à la tête; il est obligé de fermer les yeux, et alors il a la sensation comme d'un éclair qui lui traverserait le globe oculaire. Quand il voit devant lui en marchant un objet quelconque, un arbre, une colonne, un homme, le soir surtout, il en a peur, et il étend les bras pour ne pas tomber en avant et s'accrocher à cet objet, par lequel il se sent en quelque sorte entraîné.

Cette hallucination de la vue est plus marquée et plus fréquente depuis quelque temps, malgré l'amélioration très-prononcée que le malade éprouve sous tous les autres rapports.

Il nous paraît difficile de trouver ailleurs qu'à la base du cerveau le siége des désordres qui peuvent expliquer matériellement ce singulier trouble des fonctions sensoriales de l'œil et de l'ouïe. L'état incomplet de cette dernière fonction nous semble des plus remarquables. D'après ce fait, pour analyser l'ouïe, à propos de laquelle on n'a imaginé jusqu'à présent qu'un appareil pour transmettre le son au cerveau, qui l'apprécie comme bruit et comme langage tout à la fois, il faudrait séparer, dans l'audition, le bruit perçu du langage apprécié, puisque cette distinction est claire dans le sujet qui nous occupe ici.

Polype fibreux de l'utérus. — Remarques pratiques. — Excision. — A l'hôpital de la Pitié, service de M. le professeur Bérard, est couchée une malade affectée d'un polype utérin. Cette femme, âgée de trente-six ans, forte, bien constituée, n'ayant jamais eu de maladie sérieuse, bien réglée depuis l'âge de douze ans, éprouve depuis un an des troubles notables dans cette dernière fonction. Mère de quatre enfants, ses accouchements n'ont rien offert de particulier : ses suites de couches ont été naturelles. Il y a un an elle éprouva quelques dérangements dans les menstrues. Ses règles, au lieu de couler trois ou quatre jours comme auparavant, durèrent plus longtemps et avec plus d'abondance. Plus tard des fleurs blanches parurent, et depuis lors elle ne cessa de perdre, soit en blanc, soit en rouge. Du reste, elle n'a jamais éprouvé de douleur, pas même de douleurs expultrices considérées comme signe de polype utérin; elle dit seulement avoir, depuis l'origine de sa maladie, plus de gêne à uriner qu'à l'ordinaire; elle éprouve de la pesanteur dans la partie, et la sensation d'un corps dans la vulve. Depuis qu'elle est à l'hôpital, cette femme a éprouvé des coliques que M. Bérard prit d'abord pour les douleurs expultrices, si caractéristiques en pareil cas; mais les vomissements et la diarrhée qui survinrent firent voir qu'on avait affaire à une inflammation gastro-intestinale. A l'examen local, on constata par le toucher, dans le vagin, une tumeur ayant le volume d'un petit œuf, aplatie d'avant en arrière, ayant la grosse extrémité dirigée en bas, imparfaitement lisse, un peu mamelonnée, assez dure, indolore à la pression. En la suivant du doigt dans tous les sens, on sent que cette tumeur est libre en bas et dans tout son pourtour; mais il est impossible d'atteindre directement à son pédicule; il faut pour cela exercer une pression assez forte sur la région hypogastrique pour faire descendre l'utérus; on sent alors que cette tumeur est pourvue d'un pédicule libre dans le col, excepté à sa partie antérieure, où il est adhérent. Lorsque la femme est placée debout, on sent descendre dans le vagin la grosse extrémité du polype, qui vient se présenter jusqu'aux grandes lèvres. A quel genre de lésion avait-on affaire? Une tumeur sans connexion aucune avec le vagin, libre de toute adhérence avec les parois de ce canal, adhérente par un de ses côtés avec le col, et pénétrant jusque vers le fond de l'utérus, ne permit pas de douter que ce ne fût un polype, et M. Bérard a ajouté, un polype fibreux, d'après les caractères, la consistance, la dureté de la tumeur, son aspect mamelonné, son insensibilité à la pression, etc. Après avoir examiné si quelque autre affection de l'utérus accompagnait le polype dont cette femme est atteinte, et avoir conclu négativement sur les diverses espèces de renversements de l'utérus qui pourraient se présenter, M. Bérard a porté un

pronostic grave à cause de la gravité de l'opération que la maladie réclame. Il n'est pas sans exemple cependant que la maladie se soit guérie d'elle-même par la rupture du pédicule et l'expulsion spontanée de la tumeur ; mais ces heureuses terminaisons sont très-rares, et M. Bérard n'a pas voulu, sur quelques faits exceptionnels, ériger en principe une médication expectante. La prudence voulait qu'on agît, et l'intervention de l'art devait être ici d'autant plus prompte que l'affaiblissement de la malade était considérable et l'anémie imminente par suite des longues hémorrhagies qu'elle a éprouvées.

M. Bérard passa en revue les divers moyens proposés pour la guérison des polypes. Il rejeta la torsion, qui n'est pas praticable dans le cas de pédicule friable ; le broiement, qui ne peut être employé que pour les polypes très-mous ; la cautérisation, à cause du volume de la tumeur ; l'arrachement, à cause de l'incertitude sur le point précis d'insertion du pédicule. Restaient la ligature et la section, et il s'est décidé pour cette dernière, qu'il pratiqua immédiatement. Elle était rendue d'autant plus facile que, le polype descendant jusqu'à la vulve, on put, à l'aide d'une légère traction, faire descendre l'utérus assez bas pour parvenir facilement au point d'insertion du pédicule, et l'exciser en quelque sorte sous les yeux. L'opération, faite avec de forts ciseaux, n'a offert d'ailleurs rien de particulier : elle n'a point été suivie d'hémorrhagie.

Glossite aiguë suivie d'un abcès du pharynx. — L'inflammation de la langue suit quelquefois à son début une marche remarquable par sa rapidité et la gravité des accidents qu'elle détermine. En voici un nouvel exemple assez semblable à ceux que l'on a maintes fois observés, mais qui s'en distingue par l'apparition inusitée d'un abcès du pharynx à la suite de la glossite.

Un infirmier de la salle Saint-Ferdinand, à la Charité, fort, bien portant, se coucha un soir en se plaignant d'un léger mal de tête. Il n'avait rien éprouvé de particulier pendant la journée. Tout à coup, à onze heures du soir, il sentit survenir un gonflement considérable de la langue et du cou, qui, au bout d'une demi-heure, s'accompagnait d'impossibilité de parler, de difficulté de respirer. Des sangsues furent posées au-devant du cou. Le lendemain matin, la physionomie altérée, jaunâtre, exprimait la souffrance la plus vive ; la bouche, légèrement entr'ouverte, et pouvant à peine laisser passer l'extrémité du doigt, laissait écouler incessamment une salive abondante. A travers l'écartement des dents on apercevait la langue tuméfiée, sans rougeur, présentant une phlyctène sur son bord gauche. La parole était impossible, et quelques

cuillerées de tisane introduites à grand'peine dans la bouche étaient en partie rejetées très-douloureusement. Toute la région sous-maxillaire était gonflée, dure, très-sensible au toucher, le moindre mouvement de toutes ces parties excessivement douloureux. Il y avait une fièvre assez forte. (Saignée de 4 palettes, 20 centig. de tartre stibié.) Le jour suivant, le gonflement extérieur était moindre, le malade entr'ouvrait un peu les mâchoires, sans pouvoir encore faire sortir la langue; on la distinguait dans la bouche, très-volumineuse, un peu déformée à sa pointe, comme si elle s'était moulée sur les dents, toute sa face inférieure recouverte d'une exsudation pseudo-membraneuse. La déglutition était moins difficile, douloureuse seulement quand le liquide arrivait au bas du pharynx. (Sulfate de soude.) Le quatrième jour, la parole et la déglutition étaient libres, le malade entr'ouvrait facilement les mâchoires. La langue n'était plus qu'un peu plus volumineuse qu'à l'ordinaire, dépouillée de son épiderme, rouge et lisse uniformément, présentant sur ses deux faces quelques plaques couenneuses blanches, minces, isolées... Il survint alors une légère pleurésie à gauche, qui céda à une saignée et un vésicatoire. Cependant le cou se gonfle de nouveau, les mâchoires refusent de s'écarter, la parole est nasonnée, pénible, la déglutition difficile et excessivement douloureuse. Un obstacle semblant placé à la partie inférieure du pharynx s'oppose au passage des liquides ou n'en laisse passer qu'une partie, le reste revenant par les fosses nasales. A ces signes on diagnostique un abcès occupant la partie inférieure du pharynx. L'impossibilité d'écarter les mâchoires ne permet pas d'en chercher le siége avec le doigt. Pendant six jours, le malade reste dans un état de souffrance et d'anxiété difficile à décrire, ne pouvant ni avaler, ni parler, ni mouvoir la tête sans d'excessives douleurs. Enfin, on sent de la fluctuation un peu au-dessous de la mâchoire inférieure, à droite de la ligne médiane; un abcès est ouvert, et le malade éprouve immédiatement un soulagement considérable qui, au bout de peu de jours, fait place à une guérison complète.

Rhumatisme aigu des parois abdominales. — On a, dans ces derniers temps, appelé l'attention sur le rhumatisme des parois abdominales : le diagnostic de cette affection n'est pas toujours aisé ; le fait suivant nous paraît propre à en servir de type.

Une jeune fille de dix-huit ans, maigre, atteinte d'une affection organique du cœur (probablement un rétrécissement ou une ossification de l'orifice aortique), étant au troisième jour de ses règles, venues plus abondantes qu'à l'ordinaire (elles ne durent habituellement que deux

jours), reçut une forte averse. Le soir même elle fut prise de frisson, de point de côté au-dessous du sein gauche. Cinq jours après, ce point de côté, qui n'avait point disparu, s'étendit à l'épigastre et en demi-ceinture jusqu'au côté droit. Elle dit avoir eu tous les jours des frissons et la fièvre, jamais de nausées, point de constipation, l'appétit en partie conservé.

Elle entra à l'hôpital trois jours après.

La face est peu colorée, d'une teinte un peu jaunâtre. La partie moyenne et antérieure du tronc est le siége d'une douleur qui forme un sorte de cordon s'étendant d'un hypocondre à l'autre, traversant l'épigastre, occupant la réunion de la poitrine à l'abdomen, ayant juste 3 centimètres de hauteur. Il y a là une sensibilité excessivement vive à la pression. Cette sensibilité n'a pas son siége à la peau, car on peut y passer le doigt sans la provoquer; mais elle a son siége dans l'épaisseur des parois, comme le prouve la pression superficielle exercée avec l'extrémité du doigt. Cette pression légère, la percussion médiate, sont insupportables et arrachent des cris. Les limites en sont précises; la sensibilité cesse brusquement dans l'espace de quelques millimètres. La malade peut à peine se soulever, parce que le moindre mouvement du tronc est extrêmement douloureux. La toux est très-douloureuse. Dans l'immobilité, elle n'éprouve que quelques douleurs supportables. Il n'y a rien d'appréciable au dehors. La langue est naturelle, peu humide seulement; anorexie, pas de dégoût, peu de soif; ventre souple, complétement insensible. La peau est chaude sans sécheresse, le pouls fébrile, assez développé.

20 sangsues furent posées sur l'épigastre; les douleurs en disparurent presque aussitôt, pour devenir plus vives sur les côtés, au niveau des attaches du grand dentelé. 10 sangsues de chaque côté. Les douleurs du côté droit diminuent, celles du côté gauche persistent. 15 sangsues sur ce dernier point. Le jour suivant, il n'y a plus aucune espèce de douleur dans le côté droit. Sensibilité assez vive à la pression à l'épigastre. La douleur du côté gauche s'est complétement déplacée. Elle existe à égale distance de l'épine iliaque antérieure supérieure de l'ombilic et de la base de la poitrine. Elle occupe un espace de 7 à 8 centimètres dans tous les sens; on en suit les contours facilement par la pression, parce qu'elle disparaît très-brusquement; ses bords sont irréguliers. La moindre pression, la percussion médiate la plus légère, sont fort douloureuses. Lorsqu'on presse fortement, de manière à comprimer les parties profondes, la malade ne souffre pas plus que par une pression légère. Rien à la peau. Céphalalgie intense. Mouvement fébrile continuel. Selles naturelles tous les jours. Urines naturelles. Pas de nausées. Langue un peu rouge.

Le repos au lit, des cataplasmes laudanisés, amènent bientôt beaucoup d'amélioration. La malade descendit alors au jardin, prit froid ; les douleurs reparurent, et cédèrent de nouveau à des ventouses scarifiées. Huit jours après elle voulut sortir, alla danser, et revint le surlendemain avec des douleurs tout à fait semblables à celles qu'elle nous avait déjà présentées, au même endroit, mais sans fièvre cette fois, et sans perte d'appétit. Absence complète d'aucun trouble du côté des voies digestives. Il fallut revenir trois jours de suite aux émissions sanguines locales ; enfin elle quitta l'hôpital n'ayant plus qu'un peu de gêne et de sensibilité dans la région sus-ombilicale. Un mois après elle était tout à fait bien.

Luxation spontanée du poignet. — Il s'est présenté à la consultation de M. Velpeau, à la Charité, une domestique, âgée de seize ans et demi ayant une luxation spontanée du poignet. Cette jeune fille, d'une constitution assez chétive, limphatico-nerveuse, non encore réglée, et d'une taille grêle qui n'est pas en rapport avec son âge, jouissant du reste d'une assez bonne santé, n'avait jamais eu aucune affection ou anomalie du poignet, lorsqu'il y a un an elle fit une chute sur la main droite, au sujet de laquelle elle ne peut donner aucun détail précis. Immédiatement après la chute, et dans les premiers temps qui la suivirent, il ne survint aucun accident. Mais peu à peu le poignet se déforma, sans qu'il y eût jamais de douleur ni aucun signe d'inflammation. La déformation a continué à augmenter de jour en jour.

On constate aujourd'hui sur la face dorsale du poignet une saillie considérable évidemment formée par la tête du cubital : elle dépasse de 15 millimètres le plan du dos de la main, au-dessus duquel elle s'élève presque perpendiculairement. Cette saillie, de moins en moins prononcée à mesure qu'on se rapproche du bord radial, n'existe plus au niveau de l'extrémité inférieure du radius.

A la face palmaire, une saillie en sens contraire des os et du carpe se sent à la pression, mais est masquée à la vue par le soulèvement progressif de la peau et des tendons de l'avant-bras; celui du grand palmaire soulève assez fortement les téguments.

Enfin, au bord cubital du poignet examiné de face, on constate un coude très-prononcé, dû à la saillie de la tête du cubital, dont l'extrémité inférieure forme avec le bord de la main un angle obtus. Le périforme fait une saillie beaucoup plus marquée qu'à l'état normal.

En tirant sur la main, on fait disparaître presque complétement la difformité. Ce résultat s'obtient plus aisément en imprimant, à l'aide de deux doigts, des mouvements de bascule en sens contraire à la saillie cubitale et à celle représentée par l'os périforme.

L'extrémité du cubital est facile à déprimer, lors même qu'on agit sur elle seule. Mais dès que ces mouvements de réduction cessent, la saillie anormale reparaît aussitôt. Les mouvements de la main et des doigts sont libres, à part l'extension de la main, qui ne peut dépasser en arrière le plan de l'avant-bras. M. Velpeau a renvoyé cette jeune fille, dont la luxation du poignet, qui est facile à diagnostiquer, mais non à expliquer, ne lui a paru susceptible d'aucun traitement.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

AFFECTION DOULOUREUSE *des glandes mammaires.* Dans les travaux les plus récents sur les névralgies, on ne trouve rien qui ait trait à la névralgie mammaire. Astley Cooper est le seul auteur dans lequel on voie une description de cette maladie. Grâce au travail récemment publié par M. le docteur Rufz, de la Martinique, cette pénurie de la science n'existera plus. Ce mémoire présente un intérêt pratique si réel, que nous n'hésiterons pas à en donner une analyse fidèle. — D'abord, quant à la fréquence, M. Rufz a recueilli sept observations de cette maladie, et il se souvient d'avoir été consulté plus d'une fois pour des douleurs pareilles, sans en avoir tenu compte. — Les symptômes ont toujours été une douleur continue, sourde ordinairement, mais qui s'éveille de temps en temps, alors insupportable, ou du moins assez désagréable pour que les malades désirent en être débarrassés à tout prix. Cette douleur a pour point de départ la glande mammaire et rayonne dans le voisinage, irrégulièrement et sans suivre le trajet des nerfs intercostaux ni des thoraciques. La pression n'est sensible que dans certains points de la glande; ces points sont plus durs et forment comme des noyaux arrondis, dont le volume varie depuis celui d'un gros pois jusqu'à celui d'une noisette. L'intensité des douleurs n'est point en raison de la grosseur des noyaux. Quelquefois les plus fortes douleurs répondaient aux plus petits noyaux, et chez une malade les douleurs persistèrent après la fonte complète des noyaux.—Cette affection ne paraît réagir sur aucune des fonctions de l'économie. M. Rufz a sous les yeux la plupart des personnes qui la lui ont présentée, et toutes jouissent d'une bonne santé, et n'ont eu aucune maladie particulière. — Elle peut être de fort longue durée. M. Rufz a vu une dame qui en faisait remonter le début à vingt ans; mais, chose remarquable, les noyaux n'étaient pas chez elle plus volumineux. Chez les malades qu'il a eus en observation pendant sept ans, il a toujours vu la lésion locale complétement stationnaire. Si cette maladie est sans danger pour la vie, elle n'en est pas moins fort incommode pour les malades : quelques personnes sont tenues par là dans un état constamment valétudinaire, craignent que ce ne soit l'origine d'un cancer, et finissent par tomber dans une sorte d'hypochondrie. Cette affection est donc digne de l'attention du médecin. — M. Rufz ne l'a point vue se transformer en cancer, et chez quelques femmes atteintes de ce dernier mal, et qu'il a interrogées avec soin, il n'a point appris que la formation du cancer ait été précédée pendant longtemps d'un état pareil à celui qu'il décrit. Ordinairement le noyau squirrheux fait des progrès plus rapides. D'ailleurs, des onze malades chez lesquelles la maladie s'est développée, cinq avaient moins de vingt ans, c'est-à-dire qu'elles étaient dans l'âge où l'affection cancéreuse est fort rare. Du reste, les caractères anatomiques de ces deux maladies offrent des différences essentielles. Si l'on ne peut méconnaître que le tissu blanchâtre, dur et tassé des noyaux offre quelque analogie avec le tissu squirrheux, on

voit aussi que, comme le fait ce dernier, ces noyaux pressés ne laissent pas exsuder un fluide. D'ailleurs, leur état stationnaire pendant un long temps constitue une assez grande différence pour qu'on ne soit pas exposé à les confondre. M. Rufz est donc tout à fait convaincu que, dans la grande majorité des cas, la maladie qu'il décrit n'est pas un cancer à son début.

Serait-ce une névralgie ? Ici l'auteur éprouve une grande hésitation. Les douleurs, il est vrai, se font sentir par accès, mais elles n'ont d'autres points fixes que les noyaux mammaires, et ne suivent le trajet d'aucun nerf, caractère assigné aux névralgies par M. Valleix. D'autre part, leur intensité ne varie pas en raison de l'importance des noyaux de la glande. — Quant au diagnostic, les kystes du sein à leur début peuvent être facilement confondus avec la maladie en question. — Pour les causes, c'est chez les femmes que la maladie se développe ordinairement; cependant M. Rufz a eu occasion de voir quelque chose de semblable sur un homme fort et robuste: l'âge a varié de dix-huit à quarante-huit ans. Les deux femmes, âgées de quarante-huit ans, étaient atteintes de la douleur depuis longtemps. En général, les personnes étaient maigres, nerveuses; mais dans quatre cas elles avaient de l'embonpoint. Sur onze faits, six sont relatifs à de jeunes filles, cinq à des femmes qui avaient été nourrices. — La maladie n'occupe le plus souvent qu'un des seins; deux fois les deux seins étaient à la fois le siége des douleurs; trois fois les femmes étaient mal réglées. — Un coup sur le sein est la seule cause occasionnelle qui ait été accusée par les malades; généralement, on faisait remonter ce coup à une époque plus ou moins éloignée. Le mal n'avait pas succédé immédiatement, de sorte qu'il n'était pas facile de démêler si ce n'était pas une opinion du malade plutôt que la mémoire exacte du fait.

Quant au traitement, l'emploi des moyens ordinaires, sangsues et vésicatoires répétés, ont été de longue durée et souvent sans effet. Il en est de même des frictions faites avec les substances les plus actives, hydriodate de potasse, ammoniaque, teinture de cantharides, tartre stibié. Dans la plupart des cas, M. Rufz dut chercher une médication plus efficace. Deux fois la maladie céda à des purgatifs répétés, deux fois à la compression; mais ce dernier moyen n'est guère approprié aux personnes pauvres, à cause de la gêne des mouvements et du soin qu'il exige tant de la part du malade que de la part du médecin. Une fois l'acupuncture et une fois le séton à travers le sein n'eurent qu'un succès momentané. C'est pourquoi M. Rufz en est venu aux incisions sous-cutanées, lesquelles s'exécutent sans dangers, sans embarras, avec promptitude, n'exigent presque aucun soin consécutif, et lui ont deux fois parfaitement réussi; il les recommande aux praticiens.

Citons une seule observation à l'appui de ce traitement : — le sujet est une mulâtresse de trente-cinq ans environ, d'une assez bonne constitution, maigre, ayant eu trois enfants, mais point de maladie grave. Les seins sont peu développés, souples, élastiques; leur mamelon est bien saillant, la peau qui les recouvre est naturelle, la glande mammaire elle-même a son volume ordinaire des deux côtés; elle est mobile, mais çà et là dans son épaisseur on sent des points durs, gros comme de gros pois, sensibles au toucher, et qui sont aussi le point de départ d'élancements spontanés, assez désagréables pour que cette femme soit venue d'assez loin pour chercher du soulagement. Ces élancements sont déterminés par le moindre choc, et se propagent en haut vers la clavicule, et non vers le dos; mais la pression hors les points indiqués est partout insensible. — Le 13 novembre 1841, M. Rufz pratiqua trois incisions sous-cutanées dans toute l'épaisseur de la glande, avec un ténotome ordinaire Il sortit un peu de sang par les petites plaies; il se fit une infiltration bleuâtre sous la peau, comme un léger thrombus. L'opération ne fut point très-douloureuse. — Le 19, les accidents étant presque disparus, M. Rufz fait deux nouvelles incisions sous-cutanées, qui sont tout aussi innocentes que les premières. Il suffisait de mettre un peu de taffetas d'Angleterre sur les petites plaies, et de soutenir le sein avec un mouchoir en écharpe. Trois ou quatre jours de repos par précaution. — Le 15 décembre, les duretés du sein avaient disparu. Il n'y avait plus de douleurs comme précédemment, la malade se trouvait très-

bien. (*Arch. gén. de Méd.*, septembre 1843.)

AMPUTATIONS *partielles du pied* (*Parallèle entre les diverses*) *par un procédé nouveau*. M. le docteur E. Laborie, dans un mémoire fort intéressant lu à l'Académie de médecine, a donné la description d'un nouveau procédé d'amputation dans la contiguïté des os du pied. Dans ce procédé, que l'auteur règle avec la précision mathématique que M. Lisfranc a introduite dans la médecine opératoire, le couteau pénètre dans l'articulation qui joint le cuboïde aux deux derniers métatarsiens, et, quittant ensuite la limite antérieure du tarse, ouvrant l'articulation qui unit le cuboïde au moyen cunéiforme, il s'arrête entre le scaphoïde, qui reste en place, et les cunéiformes qui sont les seuls os du tarse que l'on enlève.

On voit donc que cette amputation est mixte par rapport aux deux autres, celle de Chopart et celle de M. Lisfranc, car, tarso-métatarsienne en dehors, elle est tarsienne en dedans.

Cette opération a été pratiquée pour la première fois à l'hôpital Saint-Louis par M. Jobert, et le succès a été complet.

M. Laborie a voulu, après cette description, établir d'une manière positive les avantages des trois méthodes d'amputation partielle du pied, et, pour arriver à une solution exacte, il a successivement examiné ce qui est relatif aux muscles, aux ligaments, aux surfaces articulaires et aux lambeaux.

Nous ne pouvons ici rapporter tous les détails anatomiques dans lesquels l'auteur est entré. Nous dirons seulement qu'il attache surtout une grande importance à la conservation du cuboïde, « car, dit l'auteur, en sacrifiant cet os, on détruit un ligament qui devient très-important quand le métatarse a été enlevé, nous voulons parler du grand ligament calcanéo-cuboïdien. Le calcanéum et le cuboïde sont en effet disposés de telle façon qu'ils forment une voûte à convexité supérieure, ne touchant le sol que par ses deux extrémités, l'une antérieure, représentée par la tubérosité inférieure du cuboïde, l'autre postérieure, formée par la tubérosité inférieure et postérieure du calcanéum, et c'est le ligament calcanéo-cuboïdien inférieur qui, sous-tendu entre ces deux tubérosités, maintient cette disposition... Supposons maintenant que ce ligament ait été détruit, qu'arrivera-t-il? Nécessairement alors le sommet de la voûte qui se trouve à peu près au niveau de la jonction du cuboïde et du calcanéum s'abaisse pour que la face plantaire du calcanéum prenne un point d'appui sur le sol, et cela ne peut se faire sans que cet os subisse un mouvement de bascule qui élève sa partie postérieure, ce qui commence la luxation du pied en arrière. »

M. Laborie conseille donc, autant qu'on le pourra, de conserver le cuboïde, et il propose des modifications pour l'amputation de Chopart, lorsqu'on y aura recours. Ces modifications sont rangées sous trois chefs différents : 1° *Modification des lambeaux*. M. Laborie veut que le lambeau plantaire soit taillé de manière à ne pas comprendre de muscles qui agissent en tiraillant la cicatrice. Quant au lambeau dorsal, il le pratique un peu plus long que d'habitude, et il a soin de ménager et de conserver tous les tendons des extenseurs, les laissant dépasser la peau d'un centimètre environ pour qu'ils se puissent fixer sur le lambeau plantaire, et ainsi fortifier la cicatrice, tout en devenant antagonistes des muscles fléchisseurs. 2° *Modification pendant le traitement*. C'est surtout sur la position du membre que l'auteur insiste. 3° *Enfin modifications après la guérison*. M. Laborie conseille l'emploi d'une bottine construite de telle façon que le talon se trouve à la partie la plus inférieure d'un plan incliné d'avant en arrière et de haut en bas, présentant une pente d'environ 2 centimètres pour toute la longueur de ce qui reste du pied. Par ce procédé, on rétablit la disposition que l'abaissement du sommet de la voûte calcanéo-cuboïdienne avait détruite, et on empêche la luxation en arrière.

M. Laborie termine son mémoire par une série d'observations intéressantes dans lesquelles on voit l'amputation de Chopart suivie d'accidents graves, et même de mort chez un malade. Deux malades ont eu, malgré la section du tendon d'Achille, des récidives de luxation.

L'auteur joint à ces observations celle d'une femme qui a subi l'amputation mixte, et celle d'un homme qui a été promptement guéri des suites d'une amputation suivant la méthode de Lisfranc, parce que l'on

avait été forcé de ne presque pas conserver de lambeau plantaire. (*Gaz. méd.*, août 1843.)

ASTRAGALE (*Extirpation de l'*). C'est là un fait rare à ajouter à ceux déjà consignés dans les annales de l'art, qui prouvent que dans les cas en apparence les plus graves il est possible de conserver un membre dont l'amputation semblait de prime abord formellement indiquée. Dans le courant de mai, je fus appelé, dit le docteur Onstalet, pour donner des soins au sieur Richard; courrier des dépêches de Saint-Hippolyte à Belfort, qui venait de faire une chute de voiture; le blessé, d'une constitution athlétique, âgé d'environ quarante ans, se trouvait couché sur une table, et dans un état de demi-syncope. Je reconnus une plaie s'étendant de l'espace intermédiaire qui existe entre la malléole et le calcanéum, à la partie moyenne et interne du pied, et à travers laquelle sortait l'astragale, luxé dans son articulation avec le tibia, et fracturé près de son articulation avec le scaphoïde, et ne tenant que par un pédicule au fond de la plaie; les parties molles et dures formant l'articulation du pied avec la jambe, n'avaient éprouvé aucune lésion. D'un coup de bistouri j'incisai le pédicule, et j'enlevai l'astragale; la plaie fut réunie au moyen d'emplâtres agglutinatifs, le membre placé dans un appareil ordinaire de fractures de la jambe, le pied soutenu par une semelle. Je prescrivis une potion calmante et des irrigations froides continues; à la visite du matin, je trouvai le malade assez bien; néanmoins sa physionomie conservait un air de stupeur qui me donna de l'inquiétude. En effet, dans la soirée il survint un délire nerveux; le blessé cherchait à enlever son appareil et se livrait à des mouvements désordonnés et tumultueux; ce délire dura quarante-huit heures et céda enfin aux préparations opiacées. A cet état d'excitation nerveuse succéda un affaissement non moins inquiétant. Il survint de nombreuses évacuations alvines d'une grande fétidité, le pouls était faible et déprimé, la voix éteinte, le facies profondément altéré; néanmoins la langue restait blanche et humide. Je prescrivis quelques cuillerées de vin de Bordeaux et de légers bouillons. Peu à peu le malade sembla se ranimer, et fut bientôt dans un état assez satisfaisant. Je pus alors m'occuper de la lésion primitive, car jusqu'alors les complications avaient réclamé impérieusement et presque exclusivement mes soins; l'appareil ordinaire fut maintenu, des cataplasmes émollients, fréquemment renouvelés, suffirent pour faire cesser l'engorgement inflammatoire, qui était nécessairement survenu; une eschare gangréneuse se détacha; la plaie avait un bon aspect, la suppuration diminuait de jour en jour et était de bonne nature; l'état général du blessé était satisfaisant; nous étions arrivés au trente-cinquième jour; l'articulation avait perdu sa mobilité, le tibia commençait à se souder avec le calcanéum, et tout faisait espérer une guérison avec ankylose, lorsqu'une indigestion mortelle, provoquée par l'ingestion d'un énorme gâteau de biscuit, fit succomber en douze heures le malade.

Cette observation me semble digne d'intérêt au point de vue pratique. Dans une pareille circonstance, on ne doit point toujours se hâter de suivre les préceptes de J.-L. Petit, car on priverait, souvent sans nécessité, l'individu d'un membre dont la conservation est possible. Ferrand avait enlevé l'astragale à un invalide qui le portait d'habitude dans sa poche; Dessault a fait trois fois cette opération avec succès, et tout fait présumer que la mienne eût réussi, si le blessé n'eût pas succombé à une indigestion. (*Gazette de Strasbourg*, septembre 1843.)

COLIQUE MÉTALLIQUE; *faits cliniques relatifs à l'intoxication saturnine*. La colique saturnine, malgré la facilité avec laquelle elle cède, dans la majorité des cas, soit à des purgatifs seuls, soit au traitement empirique, *dit de la Charité*, constitue cependant une affection grave, moins à cause des tortures qu'elle fait subir aux malades, qu'à cause de ses récidives et des autres accidents d'intoxication qui l'accompagnent ou la suivent. Il n'est donc pas étonnant que l'attention des pathologistes soit souvent attirée sur ce sujet, et nous devons savoir gré en particulier à M. Legroux d'avoir tenté de nouvelles recherches sur ce sujet important. Nous croyons devoir donner les résultats pratiques des faits que ce médecin vient de publier. — Les sels de plomb dont la

peau est chargée peuvent y séjourner longtemps, malgré les décompositions qu'ils subissent, à plusieurs reprises, dans les bains sulfureux, et malgré les lavages savonneux dont on fait suivre ces bains. Ou bien tout le plomb ne s'associe point à l'acide sulfhydrique des premiers bains, dans certains cas, ou bien le composé qu'il forme avec lui est décomposé par le savon; car, en sortant d'un bain savonneux, la peau, antérieurement noircie par le sulfure de plomb, paraît complétement nettoyée, bien qu'elle puisse encore noircir ensuite dans un bain sulfureux, et cela à plusieurs reprises.—Le sulfure de plomb, immédiatement après sa formation, s'enlève avec une grande facilité, soit dans le bain sulfureux, soit, ce qui vaut mieux, dans un bain ordinaire dans lequel on place le malade pour le lotionner et le brosser, ayant soin de le replonger ensuite dans le bain sulfureux, afin de s'assurer s'il y a encore du plomb sur la peau, et de pouvoir diriger les moyens de nettoiement vers les points où il s'en formerait. Le nettoiement de la peau, d'après cela, doit suivre immédiatement la formation du sulfure, parce que l'enlèvement de ce composé est beaucoup moins facile lorsqu'il a eu le temps de s'incruster dans l'épiderme. Peut-être, dans ce dernier cas, les bains de vapeur seraient-ils un moyen plus sûr et plus prompt de débarrasser la peau de cette préparation métallique. — L'hygiène de la bouche, conseillée comme moyen prophylactique, doit aussi faire partie de la thérapeutique. M. Legroux a employé avec succès des gargarismes sulfuriques. Il regarde comme une précaution nécessaire, pour prévenir les rechutes, de ne faire reprendre aux malades leurs vêtements qu'après les avoir lavés et dépouillés du plomb dont ils sont chargés. — Les pilules purgatives, composées d'aloës, jalap et calomel, qu'il a quelquefois employées au début du traitement, et qu'il donne plus souvent à la fin, ont pour but de provoquer la sécrétion biliaire qui paraît interrompue. — L'anémie qui succède à l'intoxication guérie s'est rapidement dissipée sous l'influence du fer. — En présence des cruels accidents qui frappent les malheureux ouvriers, M. Legroux demande qu'on prescrive, comme règlements de police, l'usage de masques garnis d'éponges mouillées, de gants, l'injonction aux ouvriers de laver leurs mains dans de l'eau sulfureuse, de se couvrir de blouses et de pantalons imperméables.

Il est certain qu'on ne peut voir sans une pitié profonde les accidents inévitables auxquels sont soumis les malheureux ouvriers qui travaillent le plomb. L'administration supérieure peut seule amoindrir les maux qui résultent de l'établissement nécessaire mais fatal d'ateliers où une portion nombreuse de la classe ouvrière vient contracter des maladies cruelles qui aboutissent fréquemment à des infirmités incurables, quelquefois même à la mort. (*Journ. des Conn. méd. chir.*, septembre 1843.)

DELIRIUM TREMENS (*De l'emploi du tartre stibié à haute dose dans le*). C'est à l'école de Montpellier qu'il faut rapporter le premier emploi du tartré stibié à haute dose dans cette maladie. M. le docteur Hérigoyen vient de publier quelques faits qui militent en faveur de cette médication. Le premier est relatif à un homme de trente-trois ans, qui, après avoir reçu une blessure fort grave dans le ventre, fut pris, après un écart de régime, de *delirium tremens* au plus haut degré. On prescrivit 60 centigrammes de tartre stibié dans 150 grammes de véhicule, à prendre par cuillerées toutes les heures. Dès le soir l'agitation et la loquacité, l'aberration des idées, l'animation de la face, étaient remplacées par une prostration profonde. A la scène la plus violente avait succédé un calme parfait.—Un deuxième fait est relatif à une fracture de jambe pendant l'ivresse. Le malade était dans un état d'exaltation voisin du délire. L'opium et l'acétate de morphine n'amènent aucune amélioration. Dans la nuit du lendemain éclate un délire furieux, le malade veut se lever, il défait son appareil. On est contraint de l'attacher dans son lit. Tartre stibié aux mêmes doses que précédemment, et dès le soir la loquacité et les mouvements désordonnés ont cessé. Même prescription le lendemain; toute trace de délire a disparu. — Dans le troisième fait, il s'agit d'un cocher et d'une chute de voiture dans laquelle la roue effleura la région iliaque et la cuisse du côté gauche. Deux jours après le *delirium tremens* se manifeste. Les opiacés en lavement ne produisent aucun amendement. Le

soir du troisième jour le délire est furieux; le malade vocifère, veut se lever; il faut l'attacher. Alors on prescrit le tartre stibié *ut supra*. Le lendemain au matin, affaissement, pouls déprimé, la loquacité a cessé; on suspend la potion. Le soir l'agitation reparaît, la potion est reprise. Le lendemain, loquacité par intervalle; nouvelle potion qui amène la disparition complète des accidents. —On ne peut, comme l'auteur de cette note, ne pas être frappé de la promptitude des effets du tartre stibié, de la modification profonde qu'il imprime au système nerveux. L'encéphale et le cœur sont les deux viscères où semble se localiser son action. Chez le malade de la dernière observation, on dirait qu'il y a lutte entre le remède et le mal: d'abord le médicament triomphe du délire; mais dès que son action est épuisée, le délire se reproduit, et ce n'est que lorsque le malade est saturé, pour ainsi dire, de tartre stibié, qu'il revient complétement à son état normal. — On doit remarquer encore l'innocuité de l'emploi de ces fortes doses d'émétique; aucun accident d'intoxication ou de phlegmasie ne s'est manifesté; les convalescences ont été peu longues, eu égard à la gravité des blessures. (*Bull. méd. de Bordeaux*, août et septembre 1843.)

EMPOISONNEMENT PAR LE PHOSPHORE (*Cas d'*). Le 27 avril dernier, le gouvernement prussien prescrivit d'expérimenter pendant un an avec une pâte phosphorée destinée à remplacer l'arsenic pour la destruction des rats, et il recommanda aux autorités des diverses provinces de recueillir les résultats obtenus, afin d'éclairer la question de savoir si l'on devait ou non en ordonner l'emploi exclusif par une ordonnance *ad hoc*. Dans cette instruction ministérielle on lit que, si le phosphore n'offre guère moins de danger comme poison qu'on n'en trouve dans l'usage de l'arsenic, il a du moins sur ce dernier l'avantage de perdre ses propriétés toxiques dans l'espace de quelques jours seulement par suite de son oxydation. Le cas suivant, recueilli par M. le docteur Groebenschuetz, démontre jusqu'à l'évidence combien cette opinion est loin de la vérité. — Les époux H... habitaient, avec la mère et le frère de la femme, une petite maison qui leur avait été vendue, à la condition d'y loger jusqu'à sa mort la fille de l'ancien propriétaire. Gênés par cette dernière condition, et désireux de se débarrasser promptement de cette fille, après plusieurs tentatives inutiles d'empoisonnement, le frère de la femme H... alla la trouver dans un bois, où il la tua à coups de hache, le 14 mars. Cinq jours après, le cadavre fut retrouvé, et des soupçons planant sur la mère et le frère de la femme H.., ces deux individus furent arrêtés. Dès l'instant de son entrée dans la prison, le jeune homme recommanda à sa sœur de lui apporter régulièrement la nourriture dont il avait besoin, la menaçant, si elle y manquait, de déclarer sa complicité et celle de son mari. D'un autre côté, la mère avait dit à une de ses voisines que son fils avait été accompagné par sa sœur lorsqu'il s'était rendu au bois. Tremblante par la crainte de se voir compromise, la femme H... conçut l'idée de se garantir de ce danger en empoisonnant à la fois sa mère et son frère, et en conséquence, le 20 mars elle leur porta une soupe à la farine et au lait, dans laquelle elle avait mélangé la moitié environ de la pâte phosphorée achetée précédemment par son mari. Le jeune homme, rebuté par le mauvais goût, n'en prit qu'une petite quantité; mais la mère, poussée par la faim, en mangea la presque totalité. Une heure après ce repas, les deux prisonniers se sentirent mal à l'aise; la mère se plaignait d'une forte distension de l'abdomen, d'anxiété, et plus tard, de chaleur et de tranchées dans les intestins; en même temps elle se trouva tourmentée par une soif ardente, par des envies de vomir, et bientôt elle fut prise d'une diarrhée abondante qui persista toute la nuit du 20 au 21, et même encore pendant toute cette dernière journée. Les douleurs intestinales qu'éprouva le jeune homme furent assez vives, mais néanmoins elles cédèrent après quelques évacuations diarrhéiques.—Le lendemain, la mère avait le facies misérable et décomposé, pouvait à peine se tenir sur ses jambes, répondait d'une manière incohérente; elle tomba bientôt dans un délire tranquille entrecoupé de moments lucides; mais à partir du 22, vers le milieu du jour, elle ne reconnut plus personne, l'anxiété et l'inquiétude allèrent en croissant, et la mort sur-

vint dans la nuit du 22 au 23.—L'autopsie fut pratiquée le 27 mars, et présenta les particularités suivantes : surface antérieure du corps (surtout à la poitrine et à l'abdomen) couverte de taches sanguines, un peu saillantes, de la grosseur d'un grain de chènevis et d'une teinte rouge claire, qui contenaient du sang liquide et rouge clair, déposé entre l'épiderme et le derme. Péritoine et épiploon d'une couleur rouge inflammatoire. Estomac à l'extérieur coloré en gris sale; il contenait environ 60 grammes d'une pâte liquide épaisse, de couleur grise verdâtre; sur sa paroi postérieure, à peu de distance de l'orifice pylorique, il existait deux ulcères gangréneux; dans le grand cul-de-sac, troisième ulcère gangréneux; membrane villeuse ramollie, veines de l'estomac ressemblant à des cordes épaisses.—L'auteur fait observer que le développement des pétéchies dans l'empoisonnement par le phosphore n'avait pas encore été signalé jusqu'ici, et il remarque en outre que, dans ce cas, les taches étaient d'un rouge clair, tandis que celles qui surviennent chez les sujets empoisonnés par l'arsenic sont d'un bleu foncé. (*Medicinische Zeitung. Gaz. des Hôp.*, septembre 1843.)

EXOMPHALE (*Procédé nouveau pour la cure radicale de l'*). Depuis Celse (lib. VII, cap. XIV) jusqu'à nos jours, la ligature des téguments qui enveloppent la hernie, celle-ci étant réduite, a été le seul procédé suivi pour obtenir la guérison radicale de l'exomphale; il fut adopté par Desault et ensuite par Dupuytren. Les inconvénients ou plutôt l'inutilité de cette méthode opératoire, a été parfaitement mise en relief par M. le docteur Gerbaud. Ce chirurgien, dans un travail spécial, a cherché à établir que la ligature ne portant que sur la peau et le sac péritonéal, et ne diminuant en aucune façon l'ouverture herniaire dilatée, ne pouvait produire qu'une guérison temporaire; et l'expérience, en effet, a souvent montré que les intestins n'en sortent pas moins par l'anneau, et finissent par refouler et distendre les tissus fermés par la ligature, au point de reproduire la hernie. Il faut dire cependant qu'il n'en est pas toujours ainsi; l'inflammation qui survient au niveau des parties coupées par la ligature peut s'étendre jusqu'à l'anneau et donner lieu à son oblitération. Quoi qu'il en soit, M. Gerbaud propose un nouveau procédé dont il donne lui-même la description. L'enfant est étendu sur un lit, dans une position propre à relâcher les parois abdominales; la tête et le tronc sont courbés en avant, la jambe et les cuisses fléchies; après s'être assuré de la réduction, on pince, avec l'index et le pouce d'une main, la peau et les bords de l'anneau, de manière à former un pli parallèle à l'axe du corps; une première épingle est implantée perpendiculairement à ce pli, et traverse toutes les parties comprimées et par conséquent les bords de l'anneau. Une deuxième épingle est encore enfoncée dans le même sens et traverse la même épaisseur de tissus; enfin une troisième coupant toujours à angle droit la ligne verticale du corps, termine cette partie de l'opération. Deux fils, l'un supérieur, l'autre inférieur, sont fixés à l'épingle centrale par leur milieu recourbé en forme d'anse. L'épingle moyenne sert à enrouler chacun des fils trois ou quatre fois, de manière que les tissus soient peu serrés par ce genre de ligature. Les épingles supérieure et inférieure servent à retenir les bouts de ces mêmes fils qui les embrassent à leur tour chacun deux ou trois fois, en exerçant une constriction légère. On prévient les frottements et les attouchements de l'enfant, en appliquant sur le tout une rondelle de gomme élastique recouverte d'un plumasseau de charpie, enduit de cérat, et maintenu à l'aide de tours de bande. On lève l'appareil tous les trois ou quatre jours, afin d'examiner l'état des parties et de desserrer ou de resserrer l'appareil suivant les indications; car il ne faut pas que les parties molles situées en dehors des épingles soient frappées de gangrène. Ce n'est pas, comme dans la ligature ordinaire, une mortification de la partie exubérante du sac que l'on veut obtenir, mais une inflammation qui, s'emparant de l'orifice herniaire, en amène l'adhérence à l'aide d'un épanchement coagulable et ferme l'anneau en le renforçant. (*Journ. des Conn. médic.*, septembre 1843.)

EXTASE RELIGIEUSE ÉPIDÉMIQUE *qui a régné en Suède en* 1841 et 1842. Nos lecteurs verront sans doute avec intérêt un court extrait d'un mémoire publié sur ce sujet par M. le docteur Sonden,

médecin de l'hôpital des aliénés à Stockholm. Cette maladie doit être considérée comme une des éruptions partielles, faible, et reparaissant encore de temps à autre, de l'épidémie qui, sous le nom de danse de Saint-Jean, ou *Chorea Sancti Viti*, fit des ravages terribles à l'époque du moyen âge. En général, cette forme de maladie singulière et épidémique se distinguait essentiellement par deux symptômes saillants et remarquables; l'un, physique, et consistant en une attaque spasmodique, des contractions involontaires, des contorsions, etc.; l'autre psychique (mental), consistant en une extase plus ou moins involontaire, pendant laquelle le malade croit voir ou entendre des choses divines, surnaturelles, et est forcé d'en parler, et comme on le dit parmi le peuple, de prêcher, bien que l'un et l'autre symptômes varient un peu dans des cas particuliers. Le spasme consistait principalement dans des tressaillements convulsifs, des contorsions hideuses ou ridiculement défigurantes des muscles du visage, du corps, surtout des extrémités, le plus souvent des épaules; quelquefois des bonds et des sauts, souvent si impétueux, que le malade ne pouvait se tenir assis sur une chaise, ni rester dans son lit. Il n'y avait cependant aucune manie de danse ni des symptômes de paralysie. Tout ce qui affectait d'une manière désagréable l'esprit ou la fantaisie du malade, provoquait ou augmentait singulièrement ces contorsions. Du reste, elles arrivaient à des intervalles irréguliers. Aucun malade ne s'est plaint de douleur. Le peuple envisageait le spasme comme un signe infaillible de la présence du Saint-Esprit dans le corps du malade, et comme une preuve de la difformité du péché. — Le symptôme psychique était caractérisé par une suspension ou une altération plus ou moins complète de l'usage habituel des sens, dont le malade était attaqué par accès dans l'état de veille, par le manque d'idée claire de son existence et de volonté personnelle; en sorte que l'enchaînement naturel des fonctions de l'âme est interrompu, tandis que l'activité de l'imagination se trouve exaltée à un degré extraordinaire ou du moins exclusif, ce qui est cause que le malade croit vivre dans une autre sphère que celle qui l'entoure. Cette activité se manifeste par une loquacité irrésistible et par une manie constante de vouloir prêcher la parole de Dieu, par des visions et des prophéties. Cet accès prenait également à des intervalles irréguliers, et était le plus souvent précédé, accompagné et suivi des symptômes de spasme. Les discours ou sermons roulaient toujours sur des sujets religieux, ainsi que l'indique la dénomination devenue populaire de *maladie de prédication*. C'étaient des exhortations aux pécheurs à se convertir, des condamnations lancées contre toute espèce d'immoralité, ou bien contre des plaisirs tels que le jeu, la danse, ou bien encore contre des objets de parure. Les malades parlaient de visions, faisaient des prédictions. Pendant les paroxysmes, les yeux des malades brillaient d'un éclat extraordinaire, mêlé souvent d'égarement; les gestes les plus singuliers accompagnaient la déclamation; le débit était d'un pathétique original. Du reste, les fonctions naturelles s'exécutaient normalement; mais les accès laissaient après eux beaucoup de faiblesse et d'épuisement. — Dans la plupart des cas, l'accès prenait subitement, tantôt il était précédé de prodrômes qui consistaient en une forte sensation d'inquiétude et de repentir, une oppression ou douleur légère dans la tête et les membres, une respiration difficile, peu d'appétit, etc. — La maladie attaquait communément des jeunes gens de seize à trente ans; souvent aussi des enfants de six à seize ans, et même quelques personnes âgées. La majeure partie étaient des femmes. La plupart des malades appartenaient à la classe du peuple. Tous gagnaient la maladie par ce qu'on pourrait appeler une contagion psychique, c'est-à-dire en regardant ou en écoutant quelque femme atteinte de la maladie de prédication, à l'exception de la première qui en fut atteinte, et dont on pourrait dire qu'elle l'avait gagnée à force de lire des livres religieux. Pendant une année que cette épidémie mentale a régné, plusieurs milliers de personnes en ont été attaquées, et il est à présumer que beaucoup d'autres le seront encore. — Parmi les causes morales de cette épidémie, l'auteur range au premier rang l'ignorance et la crédulité du peuple, qui disposent au fanatisme et à l'enthousiasme religieux. Pour les causes physiques, il

énumère la consommation de l'eau-de-vie, l'ivrognerie qui en résulte et les vivres de mauvaise qualité.— L'auteur ne dit rien du traitement. (*Gaz. méd. de Paris*, septembre 1843.)

FRACTURES *très-obliques de la jambe* (*Nouvelle méthode de traitement des*). Dans le cas où le traitement de certaines fractures par les moyens ordinaires est insuffisant, peut-on à l'aide de griffes ou de pointes d'acier implantées dans les os mêmes, agir sur les fragments et les maintenir en contact sans qu'il puisse en résulter des inconvénients sérieux? L'expérience seule peut répondre à cette question, et pour M. Malgaigne, auteur de cette nouvelle méthode de traitement qu'il a plusieurs fois expérimentée, le problème est déjà affirmativement résolu. « Ce ne fut, dit ce chirurgien, qu'après avoir longuement hésité et médité, que je me déterminai à tenter l'emploi de mes griffes dans les fractures transversales de la rotule : le résultat, sous certains rapports, dépassa mes espérances, et surtout je n'aurais jamais soupçonné avant l'expérience que des pointes d'acier enfoncées pendant plusieurs semaines à travers les téguments, les tendons et le périoste, auraient pu être retirées sans donner lieu, ni avant ni après leur extraction, à la moindre trace de suppuration.» Encouragé par ce merveilleux phénomène, M. *Malgaigne* n'a pas borné l'emploi de la méthode à la fracture de la rotule, et tout récemment il en fit une nouvelle application pour une fracture de jambe chez un malade dont nous croyons devoir donner à nos lecteurs l'historique complet, afin de les mieux mettre en position d'apprécier les vues thérapeutiques de l'auteur. — *Obs.* André Pers, âgé de 52 ans, se cassa la jambe gauche le 18 mai 1843, dans une chute qu'il fit en rentrant chez lui. — Le 20 juin, il entra à la clinique de la Faculté, où on constata un gonflement irrégulier à la partie inférieure de la jambe gauche, avec déformation manifeste, le pied déjeté en dehors, une saillie anormale du tibia en dedans au-dessus de la malléole. La peau ecchymosée, d'un rouge violacé, est comme distendue par une extravasation de sang sous-cutanée; à cinq centimètres de la malléole existe une petite plaie produite, au dire du malade, par l'issue du fragment supérieur. Les deux os étaient fracturés, le tibia est cassé très-obliquement de haut en bas, d'arrière en avant et de dehors en dedans. Le fragment supérieur était déjeté fort en dedans de l'autre et faisait en même temps saillie en avant.—La réduction ordinaire fut tentée; le fragment supérieur fut repoussé en dehors pour l'écarter de la plaie extérieure, ce qui se fit aisément, et la saillie parut dès lors dirigée presque directement en avant. L'extension et la contre-extension furent faites, le membre fut placé sur une planchette avec deux coussins et deux attelles latérales, le talon étant soulevé et le pied porté en dedans; ni compresses ni bandes.—Le 21, la saillie en avant était aussi forte que jamais; le même appareil fut réappliqué — Le 22, le mouvement fébrile survenu la veille ne s'est pas renouvelé; le malade a dormi malgré de violents soubresauts dans le membre fracturé; la saillie revient toujours.—Le 23, M. Malgaigne applique son appareil à pointe : cet appareil est constitué par une sorte d'arc en forte tôle qui embrasse les trois quarts antérieurs de la jambe à une distance d'un travers de doigt; aux deux bouts de cet arc sont deux mortaises horizontales laissant passer un fort ruban de coutil, qui passe par-dessus l'arc et se serre à l'aide d'une boucle. Du centre de l'arc, à travers un écrou solide, descend une vis de pression à pointe très-aiguë, de telle sorte qu'en tournant la vis la pointe doit traverser les téguments et se fixer sur la face antérieure du tibia. « On ne saurait donner une meilleure idée de l'action de l'appareil, dit l'auteur, qu'en le comparant au tourniquet de J.-L. Petit, sauf la substitution d'une vis pointue à la pelote large et rembourrée de cet instrument.» Lors de l'entrée de la vis, le blessé jeta un cri; la douleur cessa spontanément au bout de dix minutes. La vis parut bien remplir sa fonction et toute saillie disparut au niveau de la crête tibiale. Le 24, on resserre la vis qui paraît un peu relâchée. La nuit a été bonne, bien que troublée encore par quelques soubresauts de la jambe. A cette époque le malade commença à éprouver des douleurs intolérables au talon : ces douleurs furent calmées par l'administration de pilules d'opium. Le 29, on administre 15 grammes d'huile de ricin; alimentation solide. Le 31, la saillie

avait quelque peu reparu. La courroie qui devait fixer l'arc de cercle s'était fort allongée, il fallut en resserrer la boucle, et pour cela dégager d'abord la pointe. La boucle resserrée, M. Malgaigne chercha à replacer la vis dans le même trou, ce qui fut difficile et pénible: dès ce moment, il ne fut plus besoin de toucher à l'appareil; les fragments étaient comme cloués l'un à l'autre. Jusqu'au 31, il n'y avait pas même eu de rougeur autour de la piqûre. Le 1er juin, il se forma autour de la pointe une petite croûte jaune, produit sans doute de l'irritation excitée la veille. Les choses restèrent en cet état, sans suppuration, jusqu'au 20 juin. Le 20 juin, trente-troisième jour de la fracture, vingt-huitième de l'application de la pointe, celle-ci fut retirée sans douleur, sans suintement de sang ni de pus; la consolidation paraissait faite, mais sans trace de cal provisoire; il était impossible de constater la moindre saillie le long du bord antérieur du tibia.

Sous le calcanéum on reconnut une petite escharre sèche et noire, de la grandeur de l'ongle. Dès le lendemain de l'ablation de l'appareil, la piqûre avait été recouverte d'une croûte de bonne nature qui tomba d'elle-même sans suppuration. La petite plaie faite par le fragment était depuis longtemps guérie. Le 4 juillet, le malade commença à marcher; le 20, il quitta l'hôpital, le genou ne se pliait encore qu'à angle droit; trois semaines après, cet homme marchait sans bâton. Du reste, ni gonflement ni œdème nulle part, ni près de la fracture, ni près de la pointe, et nulle douleur dans l'un et l'autre point. (*Journ. de Chirurg.*, septembre 1843.)

GANGRÈNE DE LA VULVE (*Recherches sur la*) *chez les petites filles*. La forme de gangrène étudiée dans ce mémoire par M. le docteur Beaugrand est analogue à celle qui s'observe assez fréquemment aux joues et à la bouche des enfants, et qui est tout à fait distincte de la stomatite gangréneuse, comme l'ont démontré les travaux de MM. Baron, Isnard, Billard, Constant, et surtout de Richter. La gangrène des parties génitales, moins bien étudiée que celle de la bouche, avait été cependant mentionnée par Sauvages (*Nouv. méth.*, t. III, p. 503, trad. franç., édit. in-8°). Les mêmes causes président à leur développement; ce sont: une alimentation indigeste, la malpropreté, l'air vicié par des miasmes, les maladies asthénisantes; la rougeole, la scarlatine, la variole, une constitution molle, délicate. Quant aux influences de l'âge, certains auteurs prétendent que cette gangrène n'existe que chez les enfants nouveau-nés; mais on l'a observée plus souvent dans la deuxième et la troisième année de la vie, et dans certains cas, même dans la sixième et la dixième. Cette forme de gangrène, dit Richter, présente les phénomènes suivants: après qu'à la suite d'autres maladies antérieures l'enfant est tombé dans un état d'affaissement général, il offre, après un temps plus ou moins long, de l'abattement, de la céphalalgie, des nausées, de l'anorexie, et dans les cas où les enfants sont d'une constitution très-délicate, même de légers mouvements fébriles. Ces accidents sont bientôt suivis d'une douleur brûlante aux parties génitales, et de l'apparition à la face interne des grandes lèvres et aux nymphes d'une tache circonscrite et d'une couleur rouge pâle, ainsi que de la formation d'un engorgement très-dur qui envahit toutes les parties voisines jusqu'au mont de vénus; alors écoulement des urines douloureux et difficile, la douleur cuisante qui en résulte excite les malades à se gratter, et quelquefois même à se livrer à la masturbation. Au bout de deux ou trois jours, les parties internes prennent une couleur grise cendrée; ces taches sont limitées par un cercle rouge, toutes les parties voisines se tuméfient, deviennent rouge pâle, et leur température s'élève de plus en plus. Dans les cas où on ne parvient pas à enrayer la marche de la maladie, la couleur grise des taches se change en noir, et la gangrène s'étend d'un côté au périnée et à l'anus, et de l'autre jusqu'à la commissure supérieure de la vulve. L'excrétion de l'urine devient de plus en plus difficile, se supprime même quelquefois; le pouls est petit, fréquent, les traits de la face se rétrécissent, la diarrhée colliquative se manifeste, et les enfants succombent dans le marasme: il s'établit d'autres fois une sécrétion d'une sanie purulente qui corrode les parties voisines; dans d'autres cas, l'escharre se durcit et est arrachée par lambeaux par les malades. Mais quand

ou arrête la destruction, il se forme sur le cercle rouge une ligne de démarcation, l'inflammation augmente tout autour d'elle, l'escharre se rétrécit; et sa séparation s'opère à l'aide de la sécrétion d'un pus qui devient de plus en plus louable. Cette élimination terminée, la vulve naguère gonflée présente une excavation en forme d'entonnoir correspondant à la perte de substance qui a eu lieu aux dépens de la face interne des grandes lèvres, des nymphes et même de l'orifice du vagin. Ordinairement la cicatrisation marche avec beaucoup de rapidité, le fond de la solution de continuité se remplit de bourgeons charnus de bonne nature. Le traitement de cette affection, dont le pronostic est toujours très-grave, exige une grande énergie de la part du médecin: appelé au début, il devra cautériser les parties malades afin de modifier la nature de l'affection gangréneuse et de la limiter dans l'espace le plus circonscrit qu'il se pourra. Richter recommande les acides hydrochlorique et sulfurique mitigés avec du miel; l'acide pyroligneux dont on imbibe des plumasseaux renouvelés d'heure en heure lui a aussi donné de bons résultats. D'autres emploient le fer rouge, le nitrate acide de mercure: quel que soit le caustique auquel on donne la préférence, et avec l'auteur nous pencherions pour le fer rouge, il faut que son action s'étende un peu sur les parties voisines après avoir traversé l'escharre; autrement il arrive souvent que la gangrène dépasse les limites de celle-ci et continue sa marche destructive. Le docteur Beaugrand insiste sur le danger de la cautérisation dans la région inguinale, à cause du voisinage des vaisseaux cruraux; aussi exige-t-elle beaucoup de précaution: il vaudrait peut-être mieux laisser la maladie s'arrêter d'elle-même en profondeur dans cette région, et se borner à la circonscrire par un cercle de feu, si elle s'étendait par trop en superficie. On sait en effet que la gangrène respecte les vaisseaux. Une fois l'escharre formée et le mal limité, on aura recours aux chlorures à l'état liquide: une fois l'escharre détachée, on pourra continuer encore l'usage de la liqueur de Labarraque, ou recourir à divers topiques conseillés contre les ulcères atoniques, la poudre de quinquina, par exemple. En même temps on emploiera à l'intérieur des toniques, les vins de quinquina ou antiscorbutiques. On surveillera en même temps les conditions hygiéniques avec le plus grand soin. A l'aide de ces moyens on peut parvenir à enrayer la maladie dont il s'agit; mais il ne faut pas oublier que lorsque le sujet est jeune, très-débilité, la gangrène étendue, il est rare que l'on puisse arrêter les progrès du mal (*Journ. des Con. méd.*, septembre 1843.)

HÉMOPTYSIE (*De l'emploi de l'émétique à haute dose dans un cas d'*). Quoique nous n'ayons à exposer qu'un seul fait, quoique le moyen dont il est question ne s'adresse souvent qu'à un symptôme, ce fait nous paraît mériter attention, et ce symptôme a souvent tant de gravité et présente tant de difficultés dans la pratique, que nos lecteurs liront avec intérêt l'observation suivante publiée par M. Joly, de Bruxelles. — Une dame de 36 ans, mère de plusieurs enfants, ayant éprouvé déjà en quatre ans trois hémoptysies, et portant tous les signes de tubercules pulmonaires, est prise de nouveau de crachement de sang au cinquième mois d'une nouvelle grossesse. Quatre à cinq onces de sang artériel avaient été rendues. M. Joly pratiqua immédiatement une saignée du bras de huit onces environ; il prescrivit le repos, le silence complet, des boissons froides et le renouvellement de l'air de l'appartement. Le lendemain, aucune amélioration; nouvelle saignée de huit onces, dix sangsues sur le côté où se faisait sentir un point douloureux, limonade citrique. Malgré ces moyens, l'hémoptysie continuait; troisième saignée que l'on dut arrêter, une syncope étant survenue. M. Joly recourut alors, mais sans plus de succès, à l'alun, au ratanhia, au tannin pur, aux révulsifs sur les extrémités. La malade s'affaiblissait, les crachats étaient toujours fortement mélangés de sang, le pouls petit et fréquent. M. Joly réclama un consultant, M. le docteur Thibou, qui proposa l'emploi de l'émétique à haute dose, se fondant sur des faits de sa pratique où il avait arrêté des hémoptysies par ce moyen. On prescrivit en conséquence 40 cent. de tartre stibié dans 240 gr. d'eau gommée, avec addition de 15 gr. de sirop diacode à prendre par cuillerées à bouche d'heure en heure. La tolérance s'établit après les deux pre-

mières cuillerées. A dater de ce moment, l'hémoptysie cessa comme par enchantement et tout rentra dans l'ordre. On répéta la même potion pour entretenir cette amélioration et empêcher une rechute. La malade arriva au terme de sa grossesse, mais succomba plus tard aux ravages de la phthisie. (*Journ. de méd. de la Soc. des scienc. méd. de Bruxelles*, septembre 1843.)

HOQUET INTERMITTENT (*Observation et traitement du*). Le hoquet est une maladie qui a peu occupé les médecins : sa forme chronique, par exemple, qui mérite le plus de fixer l'attention des médecins, a été à peine mentionnée par ceux qui ont écrit sur ce sujet. Tout récemment, MM. Mélier et Duparcque ont publié des observations de hoquet intermittent qui avait résisté à toutes les médications, et qui fut promptement guéri par le sulfate de quinine. Les faits de ce genre ne sauraient assez être connus, et tel est le motif qui nous engage à présenter un aperçu d'une observation nouvelle que M. Mondière vient de publier. En 1839, pendant une épidémie de fièvre intermittente, un jeune homme de 17 ans, d'une constitution nerveuse, devenue plus irritable encore par suite d'excès dans la masturbation, se promenait dans la campagne, lorsque tout à coup, entendant crier « *au chien fou!* » il se détourne, et aperçoit l'animal qui semble se diriger vers lui. Il éprouve une frayeur extrême, et tombe sans connaissance. Relevé par les personnes qui poursuivaient le chien, il est reporté chez lui, ne recouvre la connaissance que deux heures plus tard, et, bientôt après, est pris d'un hoquet fatigant et qui ne lui laisse presque pas de repos. Un officier de santé, appelé presque aussitôt, emploie les calmants et les autispasmodiques sous toutes les formes, l'eau froide à l'extérieur et à l'intérieur, un vésicatoire à l'épigastre, etc., etc. Pendant près d'un mois, les accidents nerveux et le hoquet continuèrent; puis le hoquet seul, revenant d'abord d'une manière irrégulière plusieurs fois par jour, puis régulièrement tous les deux jours, à quatre heures du soir, sans que son retour fût annoncé par un trouble quelconque. L'accès persistait ordinairement jusqu'au milieu de la nuit, sans que le malade pût, pendant sa durée, se livrer au sommeil. Cette périodicité à type tierce durait depuis quinze jours, quand le malade fut amené à M. Mondière. Il était pâle, faible, très-amaigri, sans appétit, en un mot dans un état très-voisin de l'anémie. On prescrivit, pour prendre tous les deux jours, six décigrammes de sulfate de quinine, et, tous les jours, une forte décoction de quinquina, des pilules de souscarbonate de fer, des poudres toniques et une alimentation fortement réparatrice. Ce traitement coupa court à tous les accidents; huit jours après, l'état général du malade était très-sensiblement amélioré. (*Rev. méd.*, août 1843.)

KÉRATOPLASTIE (*Recherches expérimentales sur la*). M. Plouvier communique à l'Académie des sciences une note sur la kératoplastie, dans laquelle, après avoir rappelé les faits connus de greffe animale, et exposé les tentatives faites en Allemagne, notamment par M. Feldmann, dans le but d'expérimenter les moyens d'appliquer aux animaux et puis à l'homme les procédés autoplastiques pour la réparation de la cornée, il se demande s'il est possible qu'une cornée, transportée de l'œil d'un animal sur un autre animal, reste plus ou moins transparente. Jusqu'à présent, il n'a pu parvenir encore à poser aucune règle, aucun principe pour arriver à ce but. Ses premières expériences lui ont fourni les observations suivantes. Il lui a semblé que chaque fois que l'inflammation a été modérée, que la suppuration n'a pas été trop abondante, la transparence de la cornée a été plus considérable, la réunion plus prompte. Il a cru remarquer aussi que chaque fois que les points de suture n'étaient pas assez nombreux, la cornée nouvelle était éloignée nécessairement dans certains endroits du contact de celle où on voulait qu'elle adhérât; alors une suppuration plus abondante survenait, un travail de cicatrisation se faisait ou sur les points de l'iris laissés à découvert, ou sur les bords même des cornées qui sécrétaient une humeur plastique qui s'organisait et produisait par la suite des cicatrices pour les réunir entre elles. La violence de l'inflammation, du gonflement de tout le globe oculaire, et surtout l'abondance de la suppuration, l'ont empêché d'étudier la manière dont se forme ce travail de régénération sur l'iris même, ou cette créa

tion d'une fausse membrane qui s'organise et doit remplir le vide formé par l'écartement des deux cornées. Le résultat le plus remarquable est que, malgré ces accidents en apparence si graves, M. Plouvier est parvenu plus d'une fois à obtenir la réunion des deux cornées, rien qu'avec quatre points de suture. En général, cependant, il en faut un plus grand nombre (de cinq à sept) pour faire un rapprochement convenable et obtenir des succès plus certains.

Les expériences de M. Plouvier n'ont été faites jusqu'à présent que sur des lapins; voici quel est le résultat général qu'il en a obtenu :

Vers le troisième ou quatrième jour après l'opération, l'inflammation se développe; au sixième ou septième jour, le gonflement est considérable : la suppuration d'abord peu abondante finit par baigner tout le globe de l'œil; il y a aussi un engorgement et une rougeur des conjonctives palpébrales, avec sécrétion d'une grande quantité de liquide. Du vingt-cinquième au trentième jour après l'opération, le gonflement diminue ainsi que l'inflammation. A une certaine époque, comme à la fin du deuxième ou du troisième mois, lorsque tout paraît cicatrisé, que l'inflammation et la rougeur ont entièrement disparu, il y a encore une sécrétion d'un liquide séro-albumineux, puis albumineux, qui n'empêche pas d'ailleurs que la cornée se récupère et conserve sa transparence.

En disséquant les yeux, M. Plouvier a vu que souvent la nouvelle cornée adhérait solidement sur la pupille, qu'elle était comme collée sur l'iris, et même qu'il y avait un assez grand nombre d'adhérences çà et là qui les tenaient toutes deux rapprochées, de manière que la chambre antérieure n'existait plus.

La disposition toute particulière et tout accidentelle de la nouvelle organisation de toutes ces membranes constituant le globe de l'œil est, elle aussi, outre le peu de transparence de la cornée, un autre obstacle à une complète vision.

M. Plouvier se propose, du reste, de continuer ces recherches, qui ont été faites principalement en vue de confirmer les expériences de M. Feldmann. (*Compte rendu de l'Académie des Sciences*, septembre, 1843.)

LUXATIONS *causées par le relâchement et l'allongement des ligaments* (*Mémoire sur les*). Le point de pathologie sur lequel M. le docteur Putégnat, de Lunéville, vient d'appeler l'attention des chirurgiens, est généralement peu connu ou négligé : ce n'est pas du relâchement ligamenteux, conséquence d'une affection articulaire primitive, comme par exemple la tumeur blanche, que l'auteur s'occupe, mais bien du *relâchement congénital et de celui qui se montre accidentellement*. J.-L. Petit n'avait pas ignoré ce genre de luxation, car il dit dans son *Traité des maladies des os*, qu'on voit quelques personnes à qui l'articulation de la mâchoire est si lâche, qu'elle se luxe très-facilement en bâillant. Ce que J.-L. Petit observa pour l'os maxillaire inférieur, d'autres l'ont vu pour les diverses articulations que l'auteur passe successivement en revue : ainsi, au sujet de l'articulation sterno-claviculaire, il cite le fait suivant : un de mes confrères recherchant quelle pouvait être la cause de la faiblesse des membres thoraciques chez mademoiselle M..., âgée de 17 ans, rencontra l'extrémité sternale de chaque clavicule luxée en avant. Alors cette personne fit voir qu'elle produisait à volonté cette double luxation et avoua même qu'elle en faisait son *amusement*. Elle dit au docteur Benoist qui l'examinait, que c'était à la suite d'une violente chute sur les mains, qu'était apparue pour la première fois cette double luxation, qui reconnaissait pour cause le grand relâchement des ligaments et sans doute aussi l'usure du bord antérieur du cartilage sternal. Ce fait de double luxation volontaire de la clavicule a d'autant plus d'intérêt qu'il est peut-être unique dans la science. Passant aux luxations de l'humérus, M. Putégnat rapporte l'histoire de deux individus, dont l'un s'était luxé l'humerus droit pour la sixième fois, et l'autre, celui du côté gauche pour la cinquième. Chez tous les deux la luxation s'opérait avec la plus grande facilité, et se réduisait de même chez le premier, tandis que chez le second la réduction exigea les plus grans efforts : il ne fallut pas moins que la force de onze hommes réunis pour l'effectuer, bien que préalablement le patient ait été soumis à une copieuse saignée. Cette circonstance s'explique fort bien d'ailleurs par l'action sur le système musculaire des boisson-

alcooliques que le blessé avait prises auparavant pour se donner du courage. Après avoir cité des exemples de luxations par relâchement ligamenteux, de la tête du radius, du grand os du carpe, de la première phalange du pouce, M. Putégnat arrive à la luxation des os du bassin, et en cite deux cas sur lesquels nous ne croyons pas devoir insister, car ils sont de tous points analogues à ceux que les accoucheurs ont observé, en assez grand nombre. Disons seulement, dans l'intérêt de la thérapeutique en général assez peu efficace de ce déplacement articulaire, que chez les malades de notre confrère de nombreuses ventouses scarifiées, de grands bains tièdes, une serviette serrée autour du bassin, le repos absolu, puis des frictions toniques, amenèrent une guérison radicale.

M. Putégnat rapporte deux observations de luxation complète spontanée de la rotule en dedans. avec renversement de cet os. Nos lecteurs nous sauront gré de reproduire ces faits, les seuls qui soient dans les annales de l'art. Une jeune personne, assise devant une table, ayant les membres abdominaux étendus et appuyés, se luxa involontairement une rotule en faisant exécuter un mouvement au membre pelvien correspondant: la rotule luxée complétement en dedans était renversée de telle sorte, que sa surface articulaire était devenue antérieure. Le 23 août 1841, la femme d'un marchand de vin de Lunéville m'amena une jeune fille âgée de treize ans et demi; il s'agissait alors de remédier à des chutes fréquentes et subites auxquelles était exposée cette jeune personne : sur l'examen que je faisais des genoux, la mère me fit comprendre que quelquefois les deux rotules étaient luxées, et toujours une au moins au moment de la chute. J'appris alors que cette jeune fille, il y a cinq ans, droite sur une chaise, se laissa tomber sur le plancher, les deux genoux recevant le choc principal, et depuis cette époque les deux rotules se luxent : ces luxations internes sont si faciles, que cette jeune personne s'amuse à les reproduire et à les réduire souvent plus de cent fois dans une heure, et elles sont si complètes, que les membres abdominaux rapprochés, les faces antérieures des rotules se trouvent parallèles et s'appliquent exactement l'une sur l'autre. Chez cette jeune fille les genoux sont très-saillants, et la seule contraction des extenseurs des jambes ne peut complétement étendre celles-ci. Il est évident que ces luxations supposent un très-grand relâchement dans les ligaments et aussi dans les muscles : ce relâchement dans le premier cas peut s'expliquer par la constitution du sujet que l'auteur nous dépeint comme ayant été scrofuleuse, ce qui est dans l'espèce une cause prédisposante d'une valeur incontestable. Quant à la jeune fille de la deuxième observation, M. Putégnat nous apprend que quelques années auparavant, il l'avait guérie d'une méningo-encéphalite, sans nous dire si depuis cette époque l'appareil musculaire en général, et surtout celui des membres inférieurs n'avait pas conservé quelque modification morbide qui pût expliquer le phénomène pathologique actuel : d'ailleurs la manœuvre à laquelle il est dit que la jeune fille se livrait sur ses rotules, dont elle déterminait la luxation plus de *cent fois dans une heure*, nous paraît suffisante pour expliquer l'allongement des ligaments; de même que nous nous rendons raison, chez les bateleurs, d'une foule de mouvements qui sont évidemment dus à des changements de rapports entre les surfaces articulaires, changements dont l'innocuité s'explique par des dispositions anatomiques nouvelles, provenant de l'habitude et de la répétition de certains exercices toujours les mêmes. Abordant l'étiologie de cette affection, l'auteur cite, avec Petit et Duverney, la paralysie des muscles, l'exercice forcé; ainsi A. Cooper parle d'une jeune fille atteinte de luxations fréquentes de la rotule, et qui attribuait la faiblesse dont elle était atteinte aux efforts qu'elle avait faits en dansant. Parmi les causes les plus puissantes, sont l'amaigrissement rapide, le rachitisme, le vice scrofuleux, certains vices de conformation osseuse, et les hydropisies articulaires suivant S. Cooper. Le traitement, une fois la luxation réduite, consiste en un bandage qui maintient l'articulation dans une attitude telle que les ligaments soient dans le plus grand relâchement possible, et que par conséquent ils ne soient pas tiraillés par le poids du membre : on doit pendant très-longtemps insister sur le repos, faire usage de frictions avec des liquides

astringents, spiritueux : les eaux minérales et les boues de Saint-Amand paraissent surtout convenir : et il est presque inutile d'ajouter que le vice scrofuleux, s'il existe, devra être avant tout combattu par les moyens qui sembleront les plus efficaces. (*Jour. de chir.*, septembre 1843.)

LUXATIONS *de la clavicule* (*Essai sur les*). Dans ce mémoire, au sujet duquel M. Jobert a fait un rapport favorable dans une des dernières séances de l'Académie de médecine, l'auteur, M. Morel, s'est proposé de fixer les doutes qui existaient encore relativement à certaines formes de luxations de la clavicule, et d'en rendre la thérapeutique plus rationnelle et conséquemment plus efficace. Il examine : 1° *la luxation de l'extrémité interne de la clavicule en arrière*, qui longtemps rejetée, puis admise sans preuve par beaucoup de chirurgiens, compte cependant dix exemples authentiques, dont quatre appartiennent à l'auteur, un à M. Pellieux de Beaugency ; les autres sont empruntés à Astley Cooper, Macferlanc et au docteur Baraduc. Ajoutons que Duverney a parlé le premier de cette luxation d'après une observation cadavérique qui la lui présenta. Malgré la solidité des ligaments sterno-claviculaires, la limite étroite de la mobilité des surfaces en rapport, cette luxation trouve des causes prédisposantes dans l'imperfection de l'emboîtement articulaire constitué par une tête osseuse dont à peine la moitié est en rapport avec une fossette superficielle, presque plane, et aussi dans la courbure interne de la clavicule. Quant aux symptômes, M. Morel établit certains signes communs à la luxation *en arrière et en haut* et à la luxation *en arrière et en bas*. Ce sont la gêne de la respiration, le niveau de l'épaule conservé ou abaissé soit directement, soit en avant, et le rapprochement de l'épaule de la ligne médiane, signe qui paraît être constant.

Puis, arrivant aux symptômes propres à la luxation *en arrière et en bas*, l'auteur cite tous ceux qui sont généralement connus des auteurs et auxquels il en ajoute un nouveau, le déplacement évident en arrière et en dedans du faisceau externe du sterno-mastoïdien. Passant à la luxation *en arrière et en haut*, M. Morel établit que, le plus souvent consécutive à la précédente, elle peut être aussi primitive ; ses caractères beaucoup mieux dessinés sont presque opposés à ceux de la première variété. Celle-ci est, en effet, surtout caractérisée par la fixité de l'os déplacé qui est retenu et en quelque sorte enclavé contre le sternum, tandis que l'autre est surtout remarquable par la mobilité du même os.

Le traitement de cette luxation présente des difficultés sérieuses, car si d'une manière générale, une luxation étant réduite, le reste n'est plus rien ; dans l'espèce, il s'en faut qu'il en soit de même. C'est dans la contention que gît toute la difficulté : l'anatomie rend aisément compte de cette anomalie, en montrant jusqu'à quel point ici tous les auxiliaires de la contention font défaut. Pour remédier à la luxation en bas, l'auteur préfère une double épaulière en cuir demi-usé, dont les chefs se boucleraient ou mieux se resserreraient par une vis de rappel, fixée au coussin intrà-scapulaire. Quant à la luxation en haut et en arrière, l'indication consiste à immobiliser tout le membre, et, dans ce but, le bandage dextriné est celui qu'adopte M. Morel. Quel que soit, du reste, celui qu'on préfère, il faut en prolonger l'usage, et la difficulté de la contention porte avec elle les mesures de sa durée. — *Luxation en avant de l'extrémité interne de la clavicule.* Cette forme de déplacement, qui, d'après Samuel Cooper, serait la plus fréquente de toutes celles de la clavicule, est fort bien étudiée par M. Morel qui, sous le rapport de la fréquence, ne la place qu'après la luxation sus-acromiale. Elle ne peut se produire que sous une impulsion excessive de l'épaule en arrière, et le mécanisme qu'en donne l'auteur est en désaccord avec l'opinion de Boyer, qui regarde la rencontre de la première côte et de la clavicule comme favorable à la production de cette luxation. Voici, suivant M. Morel, le mécanisme de cette lésion : la clavicule s'y comporterait toujours comme un levier du premier genre, mais dont le point d'appui serait à la partie postérieure de la facette sternale, la résistance aux ligaments antérieurs, et la puissance (dont le bras aurait presque la longueur de l'os) à l'extrémité scapulaire.

La tête claviculaire, en s'inclinant, déchirerait les ligaments postérieurs et s'échapperait en avant. D'après

cela, loin de favoriser la luxation, la rencontre de la première côte serait plutôt un obstacle à sa production, puisque, en déplaçant le point d'appui, elle raccourcirait énormément le bras de la puissance, et que le levier ne présenterait plus que le diamètre d'une poulie de renvoi. Il serait même présumable, dans la pensée de l'auteur, que si la clavicule venait à toucher la première côte, elle s'arrêterait contre cet obstacle, le briserait ou s'y briserait elle-même. Quant au traitement, M. Morel, tout en donnant des éloges à l'application d'un brayer anglais mis en usage avec succès par M. Nélaton, et d'un compresseur inventé par M. Mélier, conclut à l'adoption presque absolue du bandage dextriné.—*Luxation en haut de l'extrémité interne de la clavicule.* Impossible suivant Boyer, cette luxation a été observée deux fois sous ses formes les plus importantes, c'est-à-dire, *incomplète* et *complète*; dans les deux cas, elle a reconnu pour cause une chute sur l'épaule avec impulsion en avant; dans tous les deux, le chef interne du sterno-mastoïdien était porté en avant et tendu, et la tête de l'os formait une saillie anormale. Ces faits appartiennent l'un à M. le professeur Sédillot, l'autre à M. le docteur Baraduc, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Luxation de l'extrémité externe de la clavicule. Dans le chapitre consacré à l'histoire de cette luxation, M. Morel commence par exclure les formes en avant et en arrière; puis, contrairement à l'opinion de Duverney et de Boyer, qui regardaient comme impossible la luxation en bas, il n'hésite pas à l'admettre, en se fondant sur trois observations bien authentiques (MM. Tournel, de Cambrai, Malgaigne et Baraduc) dont une a été confirmée par l'autopsie. Il analyse ensuite de la manière la plus minutieuse le mécanisme de cette lésion et se résume ainsi : quand la chute ou le coup ont lieu le bras directement rapproché du tronc, *luxation gênée*; bras modérément écarté, *luxation empêchée*; bras très-relevé en dehors, *luxation favorisée*. Les caractères anatomiques de cette luxation sont : la rupture complète des ligaments acromiens et coracoïdiens (sans fracture de l'apophyse coracoïde, bien entendu). La luxation est impossible sans la destruction entière de ces deux ordres de liens fibreux. Dans les symptômes, on remarque comme signe *constant*, l'attitude du membre, pendant le long du tronc qu'il touche dans toute sa hauteur; l'allongement du bras; abolition des mouvements spontanés; aplatissement et déformation de l'épaule. La réduction est facile, et, quant au traitement, l'indication essentielle à remplir est d'empêcher la reproduction du mouvement de bascule de l'omoplate. Il suffit pour cela d'un simple bandage qui agit en même temps sur les deux extrémités de cet os, sur sa base, en fixant le coude au-devant de la poitrine; sur sa pointe, en le serrant contre les côtes.

Luxation en haut de l'extrémité externe de la clavicule. Nous ne reproduirons pas l'exposé que l'auteur fait de cette luxation, de son mécanisme et de ses signes; tous ces détails sont empruntés aux observations de MM. Nélaton, Arnal et Lenoir, et la publicité est depuis longtemps acquise aux travaux de ces chirurgiens, que nos lecteurs connaissent sans doute. Disons seulement que M. Morel, après avoir longuement discuté le traitement de cette luxation, conseille l'appareil de M. J. Cloquet, et surtout l'appareil dextriné. L'auteur termine son excellent travail, dont nous regrettons de ne pouvoir donner ici qu'un aperçu très-succinct, en rappelant le seul cas que la science possède d'*une luxation simultanée des deux extrémités de la clavicule*, ce fait a été observé par MM. Gerdy et Richerand. (*Expérience*, septembre 1843.)

PRÉPUCE (*Procédé nouveau pour l'amputation du*). M. Ricord vient de modifier très-heureusement le procédé qu'il employait depuis longtemps pour opérer la circoncision : voici la description de ce procédé telle qu'elle est publiée par un de ses élèves, M. G. Rattier. La verge étant soutenue de manière à ce que la peau demeure dans ses rapports normaux avec le gland et le corps caverneux, on trace à l'encre une ligne elliptique qui suit dans toute la circonférence la direction oblique de la base du gland, à cinq ou six millimètres de distance en avant de cette base. Ensuite, à l'aide d'une longue aiguille qui doit rester en place jusqu'à la fin de l'opération, on traverse vers la partie supérieure de la base du gland, et de dedans en dehors, la muqueuse et la

peau; puis on saisit la portion de prépuce que l'on veut retrancher; et la ramenant en avant de manière à ce qu'elle vienne dépasser l'extrémité du gland, on la fixe au moyen d'une pince à pansement, dont les mors parallèles et fénêtrés sur le côté dans toute leur longueur, sont appliqués de haut en bas, immédiatement en arrière de la ligne tracée à l'encre, dont ils suivent la direction oblique. Cette pince, dont les anneaux se trouvent, d'après cette disposition, du côté de la face dorsale de la verge, doit être confiée à un aide. Cela fait, avec une aiguille lancéolée armée d'un fil, on perfore le prépuce de part en part à travers les ouvertures des mors de la pince, afin de disposer à distance convenable les fils séparés à l'aide desquels on doit pratiquer des points de suture; puis, avec un bistouri droit on enlève d'un seul coup la portion de prépuce qui est restée libre en avant des mors de la pince : il suffit pour cela de couper de haut en bas entre la longue aiguille que l'on a placée dans le premier temps de l'opération et la face antérieure de la pince qui sert en quelque sorte de règle au tranchant de l'instrument; il ne reste plus alors qu'à dégager la pince, et après avoir coupé à leur partie moyenne, qui correspond au gland, les fils destinés aux points de suture, on pratique de chaque côté la réunion de la muqueuse et de la peau. Comme on le voit, dans ce nouveau procédé, M. Ricord passe les fils destinés à la suture avant de couper le prépuce. La pince dont il se sert permet d'exécuter cette section avec la plus grande facilité et sans craindre de couper les fils qui sont protégés par les mors à travers lesquels ils passent. Enfin l'emploi de la longue aiguille permet de fixer les parties dans des rapports déterminés et d'obtenir d'un seul trait la section de la peau et de la muqueuse, avantage que l'ancien procédé ne donnait pas. (*Gaz. des Hôpitaux*, septembre 1843.)

ROUGEOLE (*Quelques mots sur la*) *et sur les éruptions secondaires à la suite des fièvres exanthématiques*. Il est un préjugé, dit M. Trousseau, répandu parmi les médecins et surtout dans les familles : c'est que la rougeole et la scarlatine sont d'autant moins meurtrières que l'exanthème est plus confluent. Il importe singulièrement de proclamer très-haut que c'est là une erreur grave et funeste, car la confluence de l'éruption est mauvaise aussi bien dans la rougeole et dans la scarlatine que dans la variole. Si on recherche les causes de ce préjugé, on les trouve dans les phénomènes mal interprétés. On confond, en effet, trop souvent la délitescence avec la discrétion de l'exanthème. Un enfant dont l'éruption est très-vive vient-il à prendre une péripneumonie ou une pleurésie, l'éruption disparaît ou tout au moins pâlit sur tout le corps. Ce n'est pas là ce qu'on doit appeler une éruption discrète; il ne faut pas non plus donner ce nom à l'éruption qui, à cause d'une complication survenant dès le début de la maladie, ne se fait pas ou ne se fait que peu. M. Trousseau appelle rougeole discrète celle qui, le premier et le second jour de la période d'éruption, n'envahit que modérément la face, le cou, le tronc et les extrémités, aucun accident ne venant se mettre à la traverse. Mais si de graves lésions antagonistes précèdent l'éruption ou la suivent de près, celle-ci ou ne se développera pas, ou disparaîtra; mais elle ne sera discrète qu'en vertu d'une condition morbide grave, et il est impossible qu'un médecin sensé ne voie pas l'immense différence qui sépare ces formes diverses de la rougeole. Ceci conduit à une conclusion pratique déjà bien souvent formulée par les grands maîtres, mais fâcheusement oubliée par tous les médecins, c'est qu'il ne faut jamais, lorsqu'un exanthème a une forme discrète, donner au malade des stimulants généraux, dans le but de le rendre plus confluent. Ce serait une pratique quelquefois dangereuse dans la rougeole simple, et le plus souvent mortelle dans la rougeole compliquée. Si l'on se rappelle bien, en effet, que dans la rougeole à forme grave l'éruption n'est discrète qu'à cause des phlegmasies thoraciques qui compliquent la maladie, on comprendra aisément que les excitants généraux, sous quelque forme qu'on les emploie, agissent bien plutôt dans le sens des phlegmasies accidentelles que dans celui de l'exanthème, et, dans ce cas, suivant le précepte de Sydenham, c'est bien plus aux antiphlogistiques qu'aux cardiaques qu'il faut avoir recours.

Ce que M. Trousseau dit des excitants généraux qui, donnant une fièvre artificielle, ne peuvent guère

qu'exagérer les phénomènes des phlegmasies aiguës, sans produire des actes critiques, il ne l'applique pas aux excitants locaux qui peuvent fluxionner énergiquement une partie sans retentissement fébrile, et il place en première ligne de ces excitants locaux, l'*urtication*, moyen si simple et pourtant si négligé.

Un autre point sur lequel M. Trousseau appelle l'attention des praticiens est l'absence fréquente de desquammation sur les enfants dans la rougeole. Il croit, en opposition avec les idées reçues, que la desquammation ne se présente que dans les cas les plus rares.

M. Trousseau considère aussi comme un préjugé cette opinion assez généralement répandue, savoir, que chez les enfants, lorsqu'une maladie éruptive n'est pas bien sortie, elle reparaît deux, trois ou quatre semaines plus tard, pour accomplir alors ses périodes. Il croit que ce préjugé s'est établi à cause de l'habitude pernicieuse que l'on a de couvrir démesurément les enfants atteints de maladies éruptives, non seulement pendant la période aiguë de l'exanthème, mais encore alors que tout semble être terminé du côté de la peau. Il en résulte que l'enveloppe cutanée devient un centre de fluxion et se couvre d'efflorescences diverses, qui peuvent en imposer pour des maladies éruptives. C'est tout simplement une éruption *sudorale* que l'on rencontre dans d'autres circonstances, soit pendant un certain nombre de maladies, soit à la suite de l'emploi d'un certain nombre de médicaments. Du reste, cette éruption sudorale présente avec l'exanthème de grandes différences, non-seulement dans l'expression générale, mais encore dans l'expression locale. Jamais elle ne s'accompagne des symptômes qui constituent la fièvre d'ébullition: elle a pour siége principal le dos, le côté de la face sur lequel l'enfant se couche le plus habituellement, le pli des cuisses et celui des bras, en un mot les parties où la sueur se sécrète et séjourne le plus abondamment; elle est presque exclusivement vésiculeuse; sa durée est très-longue et elle se termine par une large desquammation. (*Journ. de méd.*, septembre 1843.)

VACCINE (*Des différentes opinions qui règnent sur la*). M. Bousquet, dont le monde médical connaît les beaux travaux sur la vaccine, a lu, dans une séance de l'Académie de médecine, une note dont les praticiens liront avec intérêt une analyse succincte. — Il règne, a dit M. Bousquet, sur la vaccine, deux opinions qui se partagent les médecins. Dans l'une de ces opinions, on dit: le virus vaccin est inaltérable, et la vaccine préserve, à quelques exceptions près, sans retour. L'autre consiste à dire que la vaccine ne promet pas une égale protection à tous les vaccinés; on convient dans celle-ci qu'il en est un certain nombre qui, après un certain temps, seront encore exposés à la variole. — Après avoir montré que la première doctrine, légitime aux premiers jours de la découverte de la vaccine, cessait de l'être à notre époque; après avoir rappelé les faits et les circonstances qui ont donné naissance à la nouvelle doctrine, cherché à pénétrer les causes qui ont fait admettre l'affaiblissement de la vaccine, et déterminé le but qu'on se propose par les revaccinations, M. Bousquet, abordant un des points importants de cette discussion, savoir, la relation qui existe entre l'intensité de la pustule vaccinale et l'effet préservatif, dit: « Le nouveau virus donne des pustules plus belles et plus durables que l'ancien; il s'agit de savoir si, à cet avantage, il en joint un autre, celui d'être plus préservatif. Je réponds d'abord que le problème ainsi posé ne peut pas être résolu directement et par voie d'expérience. Il y a maintenant sept ans que le cowpox de Passy est en circulation; il est donc dans le même état où se trouvait celui de Jenner en 1805. Or, à cette époque, tous les vaccinateurs proclamaient encore l'infaillibilité de la vaccine.—Si à défaut d'expérience, on consulte le simple bon sens, il semble naturel de penser que le virus le plus actif est aussi le meilleur. Au fond, on peut croire que les deux virus se valent dans leurs effets préservatifs; mais, pour le croire, il faut que le raisonnement fasse un peu violence à la raison. C'est une vérité banale que la variole la plus abondante ne met pas à l'abri de la récidive plus sûrement que la variole discrète; la variole discrète plus que la variole inoculée, et la variole inoculée plus que la varioloïde. Et de même, la vaccine à plusieurs boutons, la vaccine à un seul bouton, la vaccine sans

boutons, donnent absolument la même garantie. » A ces raisons, M. Bousquet en ajoute deux autres, l'une tirée de la similitude des pustules pendant la première période; la seconde, du moment même où la vaccine entre en jouissance de ses propriétés. « J'ai dit, ajoute M. Bousquet, que l'ancien et le nouveau vaccin produisaient des pustules inégales; mais il est bien remarquable que cette inégalité ne commence à devenir bien sensible qu'au septième ou huitième jour; or, à cette époque, l'effet général est produit; la préservation a lieu avant que la dissemblance des pustules commence à se prononcer. »

Voici comment M. Bousquet s'est assuré du moment où le vaccin prend possession de ses propriétés: il a ouvert, détruit ou cautérisé les pustules à leur début. Il a essayé ensuite de revacciner ces mêmes enfants, et jamais cette deuxième opération n'a réussi après le sixième ou septième jour; d'où il conclut que la première était bonne, que la vaccine est préservatrice au sixième ou septième jour, et que l'infection générale se fait pendant l'incubation et non pendant la resorption, comme on l'a dit sur la foi de la théorie.

« Est-ce à dire, ajoute-t-il, que les pustules soient sans importance et ne méritent aucune attention? Telle n'est pas ma pensée. Je dis qu'elles ne contiennent pas l'effet préservatif, mais elles l'indiquent, elles le révèlent, elles le mettent en lumière, elles rendent témoignage que la vaccine a produit son effet. » Quant à la dégénérescence du vaccin, il ne croit pas qu'elle soit telle, que la science ait un grand intérêt à renouveler ce virus. Ceux qui rapportent à l'affaiblissement du vaccin les atteintes que les vaccinés ont reçues de la variole prennent certainement le change. Il n'oserait pourtant affirmer que cet affaiblissement n'y soit pour rien; mais il dit que ce n'est pas là la cause principale. La preuve en est dans l'âge même des vaccinés qui se montrent sensibles aux épidémies de variole. Ce sont presque tous des adultes dont la vaccine remonte à douze, quinze, vingt ans; or, il est sensible que plus on se rapproche du berceau de la découverte, moins le vaccin est altéré; au contraire, les derniers vaccinés, ceux de 1834, 1835 et 1836 (avant la rencontre de Passy), ont reçu le plus mauvais vaccin, et cependant c'est parmi eux que la petite vérole est le plus rare; donc le vaccin, si faible qu'on le suppose, est encore assez fort pour les protéger. D'où l'on voit que le danger d'avoir la petite vérole est proportionné non pas à l'affaiblissement du vaccin, non pas à la pauvreté des pustules, mais bien à l'ancienneté de la vaccine, c'est-à-dire au temps écoulé depuis le jour de la vaccination; plus ce jour est reculé, et plus la petite vérole a des chances; plus il est proche, et moins elle en a.—La conséquence naturelle de ce qui précède est l'indication des revaccinations. Mais en conseillant de revacciner, M. Bousquet n'entend pas dire que la seconde vaccination soit de même nécessité que la première. La première est indispensable chez tous, parce que tous sont disposés à la petite vérole, tandis que pour les sujets vaccinés, comme c'est le plus petit nombre qui reste exposé aux atteintes de la variole, et que d'ailleurs le nombre en fût-il plus grand, la variole est dans ce cas d'une grande bénignité, on n'a pas le même intérêt à la prévenir. Mais dans l'impossibilité où l'on est de distinguer ceux qui sont encore susceptibles de contracter la variole et par conséquent de faire un choix, la prudence conseille de revacciner indistinctement, vu le peu de gravité de l'opération.

Pour faire repousser la pratique de la revaccination, on a dit que la vaccine prenait presque aussi bien sur les varioleux que sur les vaccinés. M. Bousquet, sans se dissimuler la valeur de cette objection, ne pense pas cependant qu'elle détruise ce qui précède. « De même, dit-il, que je ne crois pas que tous les variolés accessibles à la vaccine soient menacés d'une récidive, de même aussi je ne puis admettre que tous les vaccinés susceptibles de recevoir une seconde vaccine, auraient eu la variole ou la varioloïde. Autre chose est d'insérer un virus par voie d'inoculation, autre chose de s'exposer à la contagion. Les dispositions individuelles sont si variées qu'on comprend très-bien que ceux en qui ces dispositions sont très-faibles, ne se rencontrent jamais dans les circonstances qui peuvent les faire éclore. En résumé, le succès de la revaccination n'indique pas seulement que la modification introduite par la première vaccine s'est affaiblie, elle apporte avec elle le

remède à cet affaiblissement, ce qui ressort de la manière la moins contestable des exemples nombreux qui sont rapportés dans ce mémoire. »

M. Bousquet termine en réfutant cette objection que les adversaires des revaccinations puisent dans la crainte d'alarmer les familles et de discréditer la vaccine. Cette crainte, outre qu'elle n'est pas fondée, devrait être d'ailleurs bien moins inspirée par le conseil de répéter la vaccination, que par la possibilité de voir survenir de nouvelles épidémies de petite vérole, si l'on négligeait le moyen que l'on a de les prévenir. (*Bull. de l'Acad. roy. de méd.*, septembre 1843.)

VARIÉTÉS.

Procès intenté à deux de nos confrères. — Par intérêt pour la dignité de l'art, nous aurions voulu ne pas porter à la connaissance de nos lecteurs le fait grave dont il va être question; mais le retentissement qu'on lui a donné ne nous permet pas de nous taire. Voici les faits dans toute leur simplicité.

Depuis quelques années, M. Jules Guérin a été investi par le conseil général des hôpitaux d'un service d'orthopédie à l'hôpital des Enfants. Cette année, M. Guérin a demandé une augmentation de ce service et l'agrandissement des salles qui lui sont destinées. A cette nouvelle, les chirurgiens des hôpitaux s'émurent; ils publièrent, dans *le Siècle*, une lettre où ils revendiquaient les droits et les prérogatives que donne le concours, porte par laquelle ils étaient tous passés pour arriver dans les hôpitaux; ils demandaient par quel privilége M. Guérin avait été dispensé de ces épreuves, et, en fin de compte, quels si magnifiques résultats avait produits l'orthopédie, pour qu'on dût la traiter avec tant de faveur.

En réponse à cette déclaration de principes, et pour montrer au conseil des hôpitaux que l'orthopédie méritait toute sa bienveillance, M. Guérin lui présenta et publia dans les journaux un relevé de son service, une sorte de statistique dans laquelle ses résultats, tels qu'il les indiquait, dépassaient les limites connues de l'art chirurgical, et annonçaient une série de guérisons complétement inattendues.

Cette statistique, on pouvait, on devait s'y attendre, fut soumise à un examen sérieux, à une investigation minutieuse et profonde. On contesta les chiffres, on contesta les faits, on contesta les résultats. La polémique fut vive, sans doute, mais plus par la nature du sujet que par les formes employées.

Dans cette conjoncture, qu'a fait M. Guérin? Abandonnant la voie de la publicité scientifique, il a déféré aux tribunaux quelques articles publiés dans les journaux. En face d'adversaires nombreux, M. Guérin en

a choisi deux : MM. Malgaigne et Vidal (de Cassis), et leur a intenté un procès en diffamation.

L'examen et la critique des faits et des opinions scientifiques est un droit si imprescriptible, qu'on ne conçoit pas qu'un esprit aussi distingué que M. Guérin ait pu oublier à ce point les principes sur lesquels repose toute la science.

Aussi qu'arrive-t-il? Dans l'intérêt de leur cause et aussi dans l'intérêt du droit de libre critique, les inculpés ont rédigé une protestation qui a été proposée à l'adhésion de leurs confrères. En quelques jours elle s'est couverte de signatures où l'on voit les noms les plus honorables.

Les choses en sont là. Le procès, indiqué d'abord pour le 11 octobre dernier, a été renvoyé au 14 novembre prochain. La solution de ce procès excitera partout une grande émotion, car il ne s'agit pas seulement d'intérêts individuels, mais des intérêts de la science, du droit de libre examen, de l'indépendance de la critique, toutes choses qui fort imprudemment ont été mises en cause.

Expériences pour la purification de l'air dans les hôpitaux, et son renouvellement. — Il a été fait dans l'hospice de la Salpêtrière, section des épileptiques, une expérience des plus curieuses, et dont les résultats pourraient avoir une grande importance industrielle, comme ils sont déjà d'un haut intérêt scientifique. Il s'agissait d'expérimenter une machine de l'invention du docteur Payerne, qu'il appelle *épurateur*, et dont l'objet est de purifier l'air sans le renouveler, dans les hôpitaux, les prisons, les mines, la cloche à plongeur, et généralement dans tous les endroits où il est vicié et impropre à la respiration.

L'Académie des sciences était représentée par MM. Boussingault et Dumas, ses commissaires; l'administration des hospices, par MM. Batel, Censier et Trélat. Plusieurs médecins et chimistes distingués assistaient aussi à l'expérience, laquelle a parfaitement réussi, encore que la machine ait paru susceptible de quelques améliorations et de quelques simplifications. La donnée principale du problème : purifier complétement l'air d'un lieu fermé, sans se mettre en communication avec l'air extérieur, a paru atteinte, en même temps que le thermomètre est descendu de plusieurs degrés.

Sous quelques jours M. le docteur Payerne fera dans la Seine, à la hauteur du Pont-Royal, l'expérience de sa cloche à plongeur, construite d'après les mêmes données que son épurateur, c'est-à-dire permettant aux travailleurs de rester sous l'eau un temps indéterminé sans communication aucune avec l'air atmosphérique.

Création d'une école de médecine à Nancy. — Par ordonnance royale du 17 octobre, il a été créé une école préparatoire de médecine et de pharmacie dans la ville de Nancy. Voici le personnel de cette école : Histoire naturelle, médicale et matière médicale, M. Godron, professeur titulaire. Anatomie et physiologie, M. Larcher, professeur titulaire. Pathologie interne, M. Blondlot, professeur adjoint. Clinique interne, M. Coliny, professeur titulaire. Pathologie externe, M. Roussel, professeur adjoint. Clinique externe, M. Simonin fils. Accouchements, maladies des femmes et des enfants, M. Bonfils. Il sera pourvu ultérieurement à la chaire de chimie et de pharmacie. — Directeur de l'École, M. Simonin père, professeur titulaire. Directeur et professeur honoraire, M. Haldat. Suppléants, M. Béchet fils, M. Pariset. Chef des travaux anatomiques, M. Demange.

— M. Malgaigne vient d'être nommé chirurgien à l'hôpital Saint-Antoine.

Concours de l'internat. — Le concours de l'internat va commencer prochainement ; voici les juges de ce concours : MM. Prus, Michon, Maisonneuve, Bazin, Marotte, Requin, Vidal, de Cassis.

— On lit dans le journal *la Clinique* de Marseille, du 1er octobre :

« M. le docteur Fabre, ancien médecin en chef de la Charité, a succombé ces jours derniers à une courte maladie. Cette mort attriste tout le corps médical de notre ville, qui avait su apprécier les qualités d'honnête homme et de médecin dévoué que possédait ce praticien. »

Voici comment s'explique sur le même sujet un autre journal de cette ville :

« M. le docteur Fabre, ancien médecin de l'hôpital de la Charité, est mort avant-hier jeudi, après une maladie de quelques jours, qui était loin d'annoncer d'abord une issue si prompte et si malheureuse. Attaché à l'hospice pendant quarante années, chéri de la population de la vieille ville, à laquelle il donnait tous ses soins, sa carrière médicale fut honorable autant qu'heureuse; et quand les suites d'une attaque d'apoplexie l'obligèrent, il y a deux ans, à quitter sa maison pour celle de sa fille, une foule immense suivit avec attendrissement la chaise à porteurs qui l'enlevait à son quartier. Sa maladie ne porta atteinte ni à ses facultés intellectuelles, ni même à ses traits si remarquables par leur conservation. Il vivait en patriarche au milieu de trois générations d'enfants, et son humeur ne se ressentait point de ses infirmités, quand un mal peu dangereux en apparence est venu l'atteindre. Il ne s'est pas mépris sur sa gravité, et a demandé et reçu les derniers secours de la religion avec un empressement digne de la piété dont il se faisait honneur. Son seul regret en mourant a dû être de ne pas voir auprès de son lit un fils dont les travaux étaient l'honneur de sa vieillesse, M. le docteur Fabre (de Paris), rédacteur de la *Gazette des Hôpitaux*, auteur de plusieurs ouvrages importants sur les sciences médicales, et qui se fit comme poëte une juste réputation par des satires pleines de verve, dirigées contre les abus qui déparent sa noble profession.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DE L'HÉMORRHAGIE UTÉRINE DANS SES RAPPORTS AVEC LA MOBILITÉ NERVEUSE, ET DES BONS EFFETS DES OPIACÉS LORSQUE CETTE AFFECTION MORBIDE SE LIE A CETTE CONDITION PHYSIOLOGIQUE SPÉCIALE.

Un travail qui aurait pour but de rechercher l'action intime que le système nerveux exerce sur la circulation capillaire dans les organes chargés des fonctions les plus importantes de la vie, se recommanderait à la fois par la difficulté des recherches qu'il imposerait, et par les résultats pleins d'intérêt auxquels il pourrait conduire. Éléments essentiels de toute vie, les nerfs et les vaisseaux artériels s'accompagnent fidèlement dans tous les points de l'économie ; après avoir embrassé dans leurs replis infinis les tissus divers qui entrent dans la composition de l'organisme, ils se dérobent, par leur ténuité, à l'observation directe, on ne peut plus les suivre que par la pensée : c'est là, c'est dans cette intime fusion que les réactions vitales les plus importantes doivent s'accomplir. Parmi les modernes, MM. Feville et Cerise sont ceux qui nous paraissent avoir le mieux compris toute l'importance d'une pareille étude; malheureusement celle-ci est trop délicate, elle suppose une observation trop large des phénomènes de la vie, pour qu'on puisse immédiatement arriver sur ce point à une doctrine positive. Longtemps encore, nous le croyons, les tentatives qui seront faites pour faire pénétrer la lumière dans ce mystérieux laboratoire de la vie seront suspectées comme de simples conceptions hypothétiques non susceptibles de vérification, et ne seront pas mieux avenues que l'atmosphère nerveuse de Reil, les esprits animaux des anciens, le fluide électro-dynamique, etc. La direction actuelle des esprits, qui les fait à peu près exclusivement s'occuper des lésions susceptibles d'être constatées après la mort, est essentiellement contraire à ce genre de recherches : c'est une raison de plus pour que ceux qui en comprennent toute la portée se fassent un devoir de les encourager.

Mais notre intention n'est point d'étudier ici cette question de haute physiologie, nous n'en avons dit un mot que parce qu'elle se lie intimement au sujet que nous traitons en ce moment : on conçoit en effet que s'il existe des hémorrhagies que l'on peut appeler nerveuses, c'est dans l'action que les extrémités combinées du système nerveux et du

système vasculaire exercent l'une sur l'autre, qu'il faut en chercher la cause pathogénique. Depuis l'émotion morale qui, par la modification qu'elle apporte dans les capillaires de la face au moyen des nerfs, amène la plénitude de ces vaisseaux, ou bien en fait refluer le sang, jusqu'à la névralgie, qui détermine dans les tissus adjacents une congestion sanguine voisine de l'inflammation, nombreux sont les faits dans l'ordre pathologique, qui montrent la solidarité de vie existant entre les extrémités périphériques du système artériel et nerveux. Les hémorrhagies, comme les diverses diacrises, peuvent dépendre également de l'action anormale exercée par le chevelu nerveux, suivant l'expression d'un anatomiste moderne, sur les capillaires sanguins. Les anciens pathologistes, qui observaient la vie dans son jeu normal et dans ses nombreuses déviations, et qui ne se bornaient point à faire de la physiologie pathologique posthume, reconnaissaient expressément qu'il est un certain nombre d'hémorrhagies qui naissent sous l'influence de cette sorte de perturbation. P. Frank, par exemple, assimile complétement, sous ce rapport, certaines hémorrhagies asthéniques avec quelques flux du même caractère. Le sang, dans ces cas, s'échappe des vaisseaux qui doivent normalement le contenir, parce que l'innervation locale troublée dans son mode régulier a provoqué une sorte de spasme dans les capillaires de l'organe à la surface duquel s'accomplit l'hémorrhagie. Quant au spasme, nous avouerons, si vous le voulez, que nous ne savons ce qu'il en est; mais quelle que soit la valeur de cette explication, sa fausseté, fût-elle prouvée, ne saurait détruire les faits qu'on a tenté de théoriser par elle.

Nous lisons dans le *Traité des maladies nerveuses*, de Robert Whyt, un cas très-remarquable d'hémorrhagie utérine, dans lequel le caractère nerveux de la maladie est extrêmement tranché ; il offre d'ailleurs, avec les faits que nous voulons rapporter ici, la plus grande analogie : c'est pourquoi nous croyons devoir le rapporter tout d'abord.

« Une femme, qui avait trente ou quarante ans, dit cet auteur (1), étant sortie trop tôt après une fausse-couche faite dans le quatrième mois de sa grossesse, ressentit de violentes douleurs aux reins et à la partie inférieure du ventre : elles se renouvelaient une fois en huit ou douze heures, et étaient toujours accompagnées d'une hémorrhagie excessive qui laissait la malade très-faible, quand les douleurs la quittaient. Lorsque je fus appelé auprès de cette femme, elle avait déjà fait usage, mais avec peu de succès, de plusieurs médicaments astringents et fortifiants. Je lui ordonnai un lavement composé de six onces d'une

(1) Tome II, page 222.

infusion de roses rouges sèches, faite dans l'eau bouillante, et de cinquante gouttes de laudanum, qu'elle prenait tous les soirs à l'heure de son coucher. Quand les circonstances le demandaient, on donnait de dix jours l'un un lavement laxatif. Dès qu'elle eut pris le premier lavement anodin, la douleur et l'hémorrhagie se trouvèrent bien moins considérables, et après le troisième, il ne lui resta plus rien de ses maux. »

Il n'est nullement rare de rencontrer, dans la pratique, des femmes nerveuses qui sont épuisées à chaque période menstruelle par une perte de sang très-abondante et très-prolongée. Souvent alors, en même temps qu'il y a hémorrhagie menstruelle, les malades éprouvent des douleurs très-vives dans les reins et dans le bas-ventre : dans un certain nombre de ces cas, il est difficile de ne point faire dépendre l'hémorrhagie d'un dérangement survenu dans l'innervation locale. La nature de ce dernier trouble ne saurait rester douteuse, en présence des phénomènes par lesquels il se traduit à l'observation. Les douleurs vives qui sont ressenties dans la profondeur du bassin, et qui s'irradient dans les reins, les cuisses, le siége, et qui parfois éveillent de même sympathiquement une sensibilité anormale dans les seins ; l'absence de tout mouvement fébrile et, hors le temps du travail menstruel, de tout symptôme annonçant quelque lésion organique ; l'ensemble de ces circonstances, disons-nous, suffit pour établir la nature nerveuse des accidents, ou, pour parler le langage de Hufeland, l'état éréthique, ou la simple excitation nerveuse de l'utérus et de ses annexes. Nous savons bien qu'il y a un bon nombre de femmes qui, à chaque époque menstruelle, éprouvent des douleurs semblables à celles que nous venons de rappeler, sans que ces douleurs exercent aucune influence apparente sur la circulation locale; loin que la perte de sang soit augmentée même dans plusieurs de ces cas, elle est plutôt diminuée, et l'écoulement mensuel est au-dessous du niveau des besoins de l'économie. Mais ces faits négatifs ne sauraient détruire les faits inverses dont nous parlions tout à l'heure : ceux-ci demeurent avec leur caractère tranché, et les moyens thérapeutiques qui réussissent en pareil cas viendraient, au besoin, confirmer l'exactitude de l'explication que nous en avons donnée.

Il nous serait facile de rapporter un grand nombre de faits de ce genre : qu'il nous suffise de citer le suivant, comme le type de tous ceux du même ordre. Mlle Émilie de B....., âgée de vingt-trois ans, d'une constitution éminemment nerveuse, a été réglée avec difficulté à l'âge de quinze ans. Dans les deux premières années qui ont suivi l'établissement de cette fonction, la menstruation manquait souvent, surtout pendant l'automne et l'hiver : le printemps et l'été exerçaient une in-

fluence favorable sur cette hémorrhagie périodique, qu'ils régularisaient. A partir de l'âge de dix-sept ou dix-huit ans, ces perturbations ne se montrèrent plus, mais d'autres accidents surgirent : chaque menstruation fut annoncée par des douleurs vives dans les reins, dans le bas-ventre, dans les cuisses : quand ces accidents avaient duré avec une intensité variable pendant deux ou trois jours, les règles paraissaient, immédiatement, le plus ordinairement, avec une abondance extrême : souvent la malade, nous pouvons en effet ici employer cette expression, était forcée de garder le lit. La supination modérait constamment l'écoulement sanguin, qui demeurait cependant toujours très-abondant. Cet état de choses durait huit jours et se prolongeait parfois au delà : en même temps que cette métrorrhagie avait lieu, les douleurs continuaient, quoiqu'avec des rémissions. Des douleurs gastralgiques, parfois assez aiguës, se développaient, l'appétit se perdait ; l'impressionnabilité nerveuse était extrême ; une porte ouverte à l'improviste, ou une personne survenue inopinément, faisaient tressaillir Mlle de B.... Le facies pâle, contracté par la souffrance, reprenait bien vite son animation normale quand le travail menstruel était terminé. MM. Récamier et Lisfranc ont observé cette malade, et ont reconnu comme nous les accidents que nous venons de relater. Ce qui dominait évidemment ces accidents morbides, c'était une innervation locale exagérée : cette surexcitation de la sensibilité de la matrice appelait sur cet organe une fluxion sanguine plus considérable que ne le commandaient les besoins de l'organisme. La véritable hémorrhagie, qui résultait de là, n'épuisait pas l'état morbide qui l'avait provoquée, parce que cette lésion était d'une nature telle que la perte du sang ne pouvait exercer sur elle qu'une influence secondaire. L'indication était bien simple et bien tranchée; aussi nous nous accordâmes tous les trois dans les moyens propres à la remplir. Des demi-lavements fortement laudanisés (10, 15, 20, 30 gout. de laudanum) furent prescrits pour être pris à l'époque des premières douleurs, et continuer tant que celles-ci persisteraient. Quelques bains tièdes peu prolongés devaient également être employés quelque temps avant l'époque présumée de la menstruation. Enfin, dans la vue de fortifier la constitution de Mlle de B...., et de combattre ainsi la mobilité nerveuse liée à la faiblesse générale, on eut recours aux préparations ferrugineuses. Sous l'influence de ces moyens divers, secondés par un exercice modéré, et le séjour à la campagne dans la saison favorable, l'état de Mlle de B.... s'améliora sensiblement. En même temps que la surexcitation nerveuse de la matrice fut diminuée, la perte menstruelle perdit de son abondance ; il n'y eut pas d'effet sensible sur la durée de la fonction ; la santé générale

s'améliora également. Aujourd'hui Mlle de B.... est à Rome ; nous ne savons quels accidents sont survenus, mais elle a été soumise à une médication antiphlogistique d'une épouvantable énergie ; cinq ou six saignées ont été pratiquées à plusieurs reprises dans l'espace de quelques jours, des sangsues nombreuses ont été posées sur le bas-ventre. Nous supposons que de nouveaux accidents, qui nous demeurent inconnus, ont commandé cette médication ; mais cela est doublement fâcheux pour la malade, car il nous paraît douteux qu'elle puisse sortir de là, sans qu'une atteinte funeste et peut-être désormais irremédiable ait été portée au système nerveux.

Lorsque des accidents semblables à ceux que nous a présentés le cas précédent accompagnent, pendant un certain temps, la menstruation, on est en général porté tout d'abord à redouter quelque lésion organique, ou au moins une inflammation chronique dans un des points de l'appareil génital. Sans doute l'observation directe, dans plus d'un cas, montre que cette conjecture est fondée, quand de pareils accidents arrivent à l'époque de la vie des femmes où ces lésions sont le plus à redouter ; nous pensons même que le plus souvent ces symptômes ne sont que l'apparence d'une lésion profonde, d'une lésion dans laquelle l'organisation de la matrice est plus ou moins compromise ; mais il n'en est plus de même à une époque moins avancée de la vie, à une époque où, chez les femmes, la vie nerveuse est à son apogée, si nous pouvons ainsi dire. Le praticien prudent doit alors faire une sérieuse attention à la nature des accidents qu'il a sous les yeux ; rien peut-être n'est plus fréquent qu'un état gastralgique à formes variées chez les jeunes filles qui habitent les grandes villes, et les mœurs de l'utérus dans de semblables conditions, pour nous servir d'une expression de Bordeu, expliquent en partie ces dérangements dans l'innervation du ventricule gastrique. Mais en même temps la nature de ce désordre jette quelques lumières sur les lésions du foyer morbide lui-même. Non que nous admettions, avec le chef de l'école physiologique, que la lésion sympathique soit toujours de même nature que la lésion primitive (1), mais

(1) Nous rappelons ici une des formules les plus hardies de cette loi, que beaucoup peut-être ont déjà oubliée : « L'irritation peut exister dans un système sans qu'aucun autre y participe; mais cela n'a lieu que lorsqu'elle est peu considérable. Elle ne porte alors que sur les mouvements organiques locaux et sur la nutrition de la partie; mais aussitôt que l'irritation locale s'élève à un certain degré, elle se répète dans d'autres systèmes ou dans d'autres appareils plus ou moins éloignés, et toujours sans changer de nature. » (Proposition de médecine LXXXIV.) — Quand on lit cet homme, on est forcé de rejeter sa doctrine, parce qu'elle est débordée chaque jour par

nous croyons, avec tous les bons observateurs, que la constitution, l'âge, les conditions complexes du régime physique et moral, appellent certaines lésions plutôt que d'autres. Les causes qui impriment à la lésion de l'estomac, dans de pareilles circonstances, le caractère nerveux, tendent à imprimer le même caractère aux lésions de la matrice. D'ailleurs, dans ce dernier cas, l'exploration directe, dans les cas de doute, peut faire cesser toute incertitude ; mais les phénomènes sont ordinairement si tranchés, qu'il est rare qu'on soit obligé d'en venir à cette exploration extrême, lorsqu'il s'agit de jeunes filles vierges.

La métrorrhagie qui survient pendant les derniers mois de la grossesse, celle qui suit la délivrance, peuvent également dépendre d'une surexcitation nerveuse, dont le caractère n'est pas toujours facile à saisir, qu'il est bien important de reconnaître cependant, car dans ces cas, toute médication échoue jusqu'à ce qu'on arrive enfin à celle que commande la nature particulière des accidents. Les accoucheurs français, en général, rejettent cette conception, et en même temps la pratique de Burns et de Bigeschi, qui ont recours, en pareil cas, aux opiacés. Parmi ceux qui condamnent d'une manière absolue cette pratique, il en est qui, niant la possibilité de reconnaître à des caractères sûrs la nature de l'hémorrhagie, disent qu'on a pris, pour des phénomènes propres à révéler le désordre primitif, les symptômes consécutifs à la perte de sang. Il y a peut-être un peu de légèreté à contester aux hommes éminents que nous venons de citer le droit de distinguer une syncope d'un état purement nerveux. Mais il faut savoir, avant de se prononcer sur cette question, que pendant longtemps aussi on a rejeté comme funeste la pratique du même Burns, qui préconise les opiacés comme un moyen des plus puissants dans certaines imminences d'avortement. Quoi qu'il en soit, nous reconnaissons les phénomènes qui peuvent faire reconnaître que dans les cas scabreux que nous examinons, l'hémorrhagie dépend d'un trouble survenu soit dans l'innervation locale, soit dans l'innervation générale, mais qui a retenti sur l'appareil utérin. Ces phénomènes, disons-nous, sont loin d'être toujours faciles à saisir. La constitution nerveuse des malades, l'habitude hystérique, une excessive impressionnabilité après l'accouchement, les frissonnements nerveux, irréguliers, intermittents et non suivis d'accidents, qui indiquent une localisation phlegmasique, l'absence des signes qui annonceraient des causes beaucoup plus fréquentes de métrorrhagie,

un plus grand nombre de faits; mais on ne peut s'empêcher d'admirer sa haute puissance de généralisation : il était peut-être le seul, à l'époque où il parut, qui comprit à quelles conditions une science existe.

telles que l'inertie de l'utérus, la rétention d'une portion du placenta, etc., tels sont les phénomènes qui, en se groupant de diverses manières, peuvent jeter quelques lumières sur la relation qui peut exister entre l'hémorrhagie utérine et l'action nerveuse. Nous pouvons citer un fait bien remarquable, dans le sens des remarques qui précèdent.

Une jeune femme d'une constitution nerveuse très-prononcée, sujette à de fréquentes attaques d'hystérie, fut prise, à la suite d'un accouchement assez laborieux, d'accidents mal dessinés, de frissonnements vagues, d'un sentiment de terreur inexpliqué, d'étouffements, puis de douleurs qui, après avoir parcouru diverses régions du corps, finirent par se localiser dans le bas-ventre; enfin, une métrorrhagie extrêmement abondante survint : rien de sensible dans l'état local ne pouvait rendre compte de ces accidents. Plusieurs saignées furent faites. L'hémorrhagie, loin de diminuer, semblait augmenter. La malade fut bientôt réduite à une position extrême, le pronostic le plus funeste fut porté. Dans ces graves conjonctures, un médecin distingué, M. le docteur Joly, fut appelé; ce médecin habile voyant l'inutilité des moyens employés, en interprétant mieux les phénomènes divers que nous avons signalés de même que les antécédents de la malade, se rappelant en même temps la pratique des médecins anglais dans quelques cas de métrorrhagie, administra l'opium. Une sédation immédiate suivit l'action de ce moyen, l'hémorrhagie diminua et cessa complétement vingt heures après l'emploi de cette médication.

C'est là, sans aucun doute, un fait bien remarquable, et qui est bien propre à engager les praticiens à marcher avec un peu plus de sécurité dans une voie que les étrangers nous ont ouverte. Toutefois, nous nous hâtons de le dire, les cas analogues au dernier que nous venons de citer sont des plus scabreux que puisse présenter la pratique. Avec les difficultés qui entourent constamment le diagnostic dans ces sortes d'hémorrhagie, nous croyons qu'il est prudent de n'user des opiacés qu'avec une grande mesure, qu'en tâtonnant. C'est là au moins la pratique à laquelle nous-même croyons devoir nous soumettre. Quand la métrorrhagie survient dans des circonstances autres que la grossesse ou l'accouchement récent, le cas est beaucoup moins compliqué, et nous croyons qu'on peut recourir à la médication indiquée avec plus de sécurité.

Nous n'avons pas prétendu, dans un article de quelques pages, résoudre la question de l'influence de l'action nerveuse locale sur la métrorrhagie : nous croyons qu'en présence des faits déjà nombreux que possède la science sur ce point, qu'en présence de la pratique d'hommes éclairés, tels que les deux Frank, Burns, Bigeschi, etc., qui ont admis ou

qui admettent encore la réalité de cette espèce d'hémorrhagie utérine, on ne peut au moins s'empêcher de se préoccuper de cette question: nier est chose facile, mais ce n'est point avec des négations qu'on peut constituer la science. Les questions du genre de celles que nous venons d'agiter sont assez mal venues de nos jours dans un certain cercle de médecins : cela est trop compliqué, dit-on, dépasse la portée de nos moyens d'investigation. Nous reconnaissons les difficultés qui entourent de semblables recherches, mais cela n'empêche pas que ces recherches ne soient très-légitimes; elles ont un but qui n'est nullement problématique, elles ont pour objet de déterminer l'action des nerfs par la circulation capillaire, et, dans la limite dans laquelle nous nous sommes renfermé, l'action nerveuse sur la production de l'hémorrhagie. Il nous semble que les faits que nous avons cités tendent à faire résoudre cette question dans le sens affirmatif; c'est à une expérience plus étendue à apporter sur ce point intéressant de thérapeutique une solution définitive.

Max. Simon.

RECHERCHES CLINIQUES SUR LES VOMITIFS, ET SUR LE TARTRE STIBIÉ A HAUTE DOSE.

« Il existe dans la noble science médicale une foule d'opinions vaines, fausses, usurpées, aveuglément acceptées comme vraies par les savants. » Convaincu de la vérité de cette sentence formulée par tous les médecins philosophes, depuis Bacon, et, d'autre part, instruit par mon expérience personnelle des secours précieux que la thérapeutique peut, en mainte occasion, emprunter aux vomitifs, j'ai voulu passer au contrôle de l'observation pure certaines idées ayant cours à l'égard de ces remèdes, et acceptées comme articles de foi d'après quelques autorités qui ne me paraissaient pas les avoir édifiées sur des preuves péremptoires. Donc, posant en question quelques-uns de ces axiomes, je me suis mis à compulser une masse de faits assez imposante, et c'est le produit de ce travail ingrat, exécuté sur des matériaux colligés scrupuleusement et sans idée préconçue, que j'offre à l'appréciation des praticiens.

Premier problème : *Le tartre stibié purge-t-il plus fréquemment que les vomitifs végétaux?* « Instruit par les leçons de ce vénérable triumvirat (Hippocrate, Sydenham et Boerhaave), j'ai trouvé rarement des cas où les émétiques fussent indiqués. » (Dehaën, *Rat. med.*, part. X, cap. v.) M'étant assimilé ce principe de l'illustre clinicien de Vienne, il s'ensuit que je ne puis offrir que très-peu d'observations des éméti-

ques donnés à titre de vomitifs; en voici pourtant quelques-unes réduites à leur plus simple expression.

Disons d'abord que nous prescrivons le TARTRE STIBIÉ à la dose de 10 à 15 centigrammes dissous dans quelques onces d'eau tiède, à prendre en trois doses, à dix minutes d'intervalle.

1er fait, angine tonsillaire	Vomissements, 3;		selles,	0
2e fait, fièvre intermittente	—	6	—	1
3e fait, hystérie	—	8	—	2
4e fait, chlorose	—	3	—	3
5e fait, angine tonsillaire	—	0	—	4
6e fait, fièvre intermittente	—	4	—	5
7e fait, rhumatisme articulaire.	—	6	—	9

Ainsi, dans ces sept cas, le tartre stibié a purgé cinq fois. Dans le dernier cas, où les évacuations sont les plus nombreuses, le malade avait pris 15 centigram. de tartre stibié. Une fois il a purgé sans faire vomir. Il est donc avéré que le tartre stibié purge souvent en même temps qu'il fait vomir; et, sous ce rapport, les idées classiques sont dans le vrai. Mais la proposition suivante, qui n'est pas moins classique, estelle également fondée? Est-il vrai que les vomitifs végétaux ne purgent pas, ou purgent beaucoup moins que le tartre stibié? Dehaën, qui a creusé tant de questions pratiques, a proféré ces paroles : « Des malades qui avaient été purgés *par haut et par bas*, *comme le font la plupart des émétiques*. » (*Loco citato*.) Ce qui n'a pas empêché de prévaloir les idées de son illustre successeur et rival Stoll, à savoir, que le tartre stibié mérite la préférence à l'égard de l'ipéca, « à cause de sa vertu purgative ou éméto-cathartique. » (*Méd. prat.*, tome Ier, page 60.) Et tout le monde est convaincu aujourd'hui que l'ipéca purge rarement. Voyons ce qui en est. Nous donnons la poudre d'IPÉCACUANHA à la dose de 1 gram. à 1 gram. 25, délayé dans un peu d'eau tiède à prendre en deux fois, à dix minutes d'intervalle.

1er fait, bronchite.	Vomissements, 5;		selles,	0
2e fait, bronchite.	—	4	—	1
3e fait, fièvre intermittente	—	4	—	1
4e fait, embarras gastrique	—	8	—	1
5e fait, angine tonsillaire.	—	5	—	4
6e fait, hypocondrie.	—	4	—	5

Donc l'ipécacuanha a causé la purgation deux fois sur six, et si j'en référais à mes souvenirs, la proportion serait plus forte encore. Mais Stoll lui-même n'avait-il pas dit : « Il arrive souvent que la racine d'ipéca ne produit aucun effet, ou n'en produit qu'un disproportionné, ou même tout différent de celui qu'on attendait. Il n'est pas rare que l'ipé-

cacuanha n'excite aucun vomissement, et qu'*il n'agisse que comme purgatif.* » (*Ibid.*) Deux sujets qui ont pris, le même jour, l'un 10 centigrammes de tartre stibié, l'autre 25 centigrammes d'ipéca, ont eu, l'un et l'autre, quatre vomissements et cinq selles. En conséquence, nous pensons qu'on ne peut admettre les vertus prétendues *astringentes* de l'ipéca, desquelles on s'autorise pour le préconiser dans les affections diarrhéiques. S'il réussit parfois dans ces affections, c'est par un tout autre mécanisme, et si on l'administrait dans l'assurance qu'il n'exerce pas d'effets purgatifs, on serait dans l'erreur; car s'il est démontré que le tartre stibié purge souvent, il ne l'est pas moins que les vomitifs végétaux purgent eux-mêmes assez fréquemment.

Renchérissant sur la propriété prétendue des vomitifs végétaux de ne pas produire la diarrhée, Hufeland a prétendu que pour empêcher le tartre stibié d'agir comme purgatif, il suffit de lui associer l'ipéca, la scille, etc. Assez souvent nous employons le VOMITIF D'HUFELAND, ainsi composé :

Prenez :	Tartre stibié.	5 centigr.
	Poudre d'ipéca. . . .	75 centigr.
	Oxymel scillitique. . .	15 grammes.
	Eau simple	60 grammes.

A prendre en trois fois, à dix minutes d'intervalle.

Voici les résultats que nous avons obtenus :

1er fait, fièvre typhoïde.	Vomissements,	4;	selles,	0
2e fait, gastralgie	—	2	—	1
3e fait, embarras gastrique	—	2	—	1
4e fait, id.	—	6	—	3
5e fait, id.	—	5	—	3
6e fait, fièvre intermittente.	—	0	—	4
7e fait, amygdalite.	—	1	—	6
8e fait, embarras gastrique.	—	6;	nombr.	

Donc sur huit fois, le vomitif d'Hufeland a purgé cinq fois : un peu moins que le tartre stibié, plus que l'ipécacuanha. C'est-à-dire qu'en raison du mélange cette potion donne la moyenne de l'un et de l'autre. C'est ainsi que sur l'autorité d'un nom se propagent et se perpétuent des erreurs flagrantes.

De ce qui précède, on peut induire la solution d'un problème accessoire, à savoir, s'il existe des différences fondamentales entre les propriétés des vomitifs minéraux et végétaux, quant à l'irritation qu'ils peuvent produire. Si l'école physiologique a exagéré les propriétés irritantes du tartre stibié, l'opposition a trop amoindri celles de l'ipéca. Un

fait historique assez singulier, c'est que Stoll avait décidé la question en faveur du tartre stibié : « Le tartre stibié, dit-il, est sans danger, *même pour les personnes les plus sensibles.* » (*Loco citato.*) Et pourtant il l'employait à dose considérable (4 grains). La vérité est que tous les vomitifs sont irritants, et qu'entre eux il n'existe que des nuances mesurées sur leur degré d'activité, les doses qu'on emploie, la susceptibilité des sujets, l'état des organes digestifs, etc.

Mais passons à une question qui ne manquera pas de susciter grande rumeur parmi les humoristes régénérés.

Deuxième problème : *Les vomitifs ont-ils pour effet de dissiper les saburres?* Rappelons-nous qu'on donne le nom de *saburres* aux enduits de nuances diverses, et plus ou moins épais, dont la muqueuse buccale, et la langue en particulier, sont recouvertes dans ce qu'on appelle état de *gastricité;* saburres que, par analogie, on suppose exister dans les profondeurs du canal digestif. Pour pallier tout d'abord la témérité de cette question, plaçons-nous sous l'égide de quelques noms dont l'autorité ne sera pas contestée : « J'ai très-souvent observé, dit Dehaën, des signes de turgescence chez ceux qui avaient été émétisés ou purgés deux et trois fois avant d'entrer à l'hôpital; et j'ai vu cette turgescence diminuer et promptement disparaître sous l'influence de la méthode hippocratique. Hippocrate lui-même nous enseigne que la matière crue devient turgescente par le fait des évacuants..... D'autres malades, qu'un émétique avait également purgés par haut et par bas (comme le font la plupart des émétiques), se plaignaient encore, en entrant à l'hôpital, d'amertume, de nausées, de borborygmes, de vertiges, et ces phénomènes étaient *plus prononcés* chez eux que chez ceux qui n'avaient pris ni émétiques ni purgatifs. Les uns et les autres, traités selon les règles d'Hippocrate, étaient bientôt débarrassés, à moins que la maladie ne fût plus forte que les remèdes. » (*Loco citato.*)

Mais Dehaën paraîtra peut-être un peu suspect à l'endroit des évacuants intestinaux. Voyons donc ce que dit Stoll, ce grand sectateur de la bile et des saburres : « L'emploi continué des vomitifs, des purgatifs, *augmente souvent* les ordures, le mucus, l'inappétence, etc., à cause de la sécrétion plus abondante des humeurs salivaires, œsophagiennes, gastriques, intestinales, bilieuses, qui résulte du *stimulus* appliqué aux organes de ces sécrétions..... Soyez réservé à donner des vomitifs et des purgatifs, et à les répéter, de peur de prendre pour vrais des signes trompeurs de saburres..... Remarquez qu'ordinairement une évacuation nuit davantage faite mal à propos, qu'omise quand elle était indiquée, etc. » (*Méd. prat.*, tome III, page 295, *Aphorismes.*) Et c'est avec de pareils antécédents qu'Hufeland a pu proférer

cette erreur inconcevable, démentie par l'observation de tous les jours, à savoir, que les évacuants intestinaux ont *seuls* le pouvoir de dissiper les saburres! (*Méd. prat.*)

Eh bien! ces sentences de Dehaën et de Stoll, ce coryphée de l'humorisme moderne, sont l'expression fidèle et complète de ma propre pensée, basée sur mes observations quotidiennes. Il serait oiseux d'en exhiber les preuves cliniques, car la résistance de l'état saburral aux évacuations gastriques est un fait universel auquel ma mémoire me fournit à peine quelques exceptions. J'adjure les praticiens d'y regarder de près, froidement, et de nous dire ensuite ce qu'ils auront observé : j'ose affirmer d'avance qu'ils puiseront dans cette étude un exemple frappant de ces aberrations énormes qui s'éternisent sous le bandeau de la prévention.

Que si l'occasion d'administrer de simples vomitifs est assez rare, aujourd'hui que l'embarras gastrique se trouve englobé dans la fièvre dite typhoïde, il est une autre maladie qui, par compensation, réclame fréquemment l'emploi du tartre stibié à haute dose : c'est là que nous portons actuellement nos investigations.

Troisième problème : *La tolérance, après l'administration du tartre stibié à haute dose, dans la pneumonie, est-elle le fait général, ou n'est-elle que l'exception?* Ce fait si singulier de la *tolérance* du tube digestif à l'égard de certains remèdes actifs à haute dose, et notamment des antimoniaux, passe pour une découverte de l'école italienne, bien que, longtemps avant Rasori, plusieurs praticiens, et Stoll en particulier, aient administré le tartre stibié à haute dose, sans avoir observé d'accidents. Puis, comme il arrive toujours, l'imagination, le goût du merveilleux ont exagéré le fait réel, et, à lire ce que les observateurs disent de la tolérance, il semblerait que ce n'est que par exception que le tartre stibié à haute dose produit des évacuations. Or, voici ce que nous avons observé. Disons d'abord que presque toujours nous faisons précéder la potion stibiée de la saignée; que nous ne l'employons d'emblée qu'alors que la saignée n'est pas praticable ou demeure impuissante. Notre formule ordinaire est celle-ci :

Prenez :	Tartre stibié.	20 ou 30 centigr.
	Infus. de feuilles d'oranger. . .	150 grammes.
	Sirop d'opium.	10 grammes.

A prendre par petites cuillerées d'heure en heure. Nous recommandons de faire peu boire le malade, dans la crainte de favoriser le vomissement. La tolérance établie, nous augmentons journellement de quelques grains, jusqu'à la dose d'un, de deux et même trois grammes. Trois ou

quatre jours de cette potion suffisent ordinairement pour décider la résolution de la pneumonie. Il n'est cependant pas rare qu'elle échoue aussi bien que la saignée. Dans certains cas, nous employons les deux moyens simultanément. Nous disons que la guérison est *prompte* lorsqu'elle se décide dans le courant du premier septénaire, à partir du début de la médication. Maintenant voici les faits :

1er fait,	pneumonie,	tartre stibié à h. dose.	Vomiss.,	3;	selles,	0.	Mort.
2e fait,	id.	id.	id.	0	id.	2.	Mort.
3e fait,	id.	id.	id.	0	id.	8.	Mort.
4e fait,	id.	id.	id.	4	id.	0.	Mort.
5e fait,	id.	id.	id.	1	id.	9.	Mort.
6e fait,	id.	id.	*Tolér. compl.*				Mort prompte.

Ce dernier cas de tolérance complète a été suivi, par hasard sans doute, de la mort la plus prompte. Qu'on n'aille donc pas croire que la mort, dans les autres cas, dépende en quoi que ce soit de l'intolérance, car on va voir bientôt que ceux qui ont guéri n'ont pas été plus épargnés. Ces morts sont, pour la plupart, dues à des pneumonies suppurées, incurables par toute médication. Nous sommes convaincu, en effet, de par plusieurs centaines de faits, que la pneumonie simple, au deuxième degré, chez l'adulte, n'est pas plus dangereuse que l'érysipèle de la face, lorsqu'on sait l'attaquer vigoureusement par la saignée et le tartre stibié. Poursuivons.

7e fait,	pneumonie,	tartre stibié.	Vomiss., 5; selles, 2. Guérison prompte.
8e fait,	id.	id.	Nausées, 0; id. 3. L'intolérance opiniâtre oblige à suspendre le quatrième jour. Guérison prompte.
9e fait,	id.	id.	Vomiss., 0; selles, plusieurs. Guérison prompte.
10e fait,	id.	id.	Vomiss., 0; selles, 5. Les deux jours suivants, selles, 3. Guérison prompte.
11e fait,	id.	id.	Vomiss., plusieurs; selles, 7. Le lendemain, selles, 3. Guérison prompte.
12e fait,	id.	id.	*Tolérance compl.* Guérison très-lente.
13e fait,	id.	id.	Vomiss., 10; selles, 6. L'intolérance des jours suivants oblige à suspendre. Guérison prompte.
14e fait,	id.	id.	Vomiss., 3; selles, 9. Guérison prompte.
15e fait,	id.	id.	id. 4; id. 5. L'intolérance des jours suivants oblige à suspendre. Guérison prompte.
16e fait,	id.	id.	Vomiss., 3; selles, 3. Tolérance le quatrième jour. Guérison prompte.
17e fait,	id.	id.	Vomiss., 2; selles, 2. Les vomissements persistent les trois jours suivants. Guérison prompte.

18e fait,	id.	id.	*Tolérance complète*. Guérison prompte.
19e fait,	id.	id.	Vomiss., 4; selles, 4. Guérison prompte.
20e fait,	id.	id.	id. 3; id. 3. Guérison prompte.
21e fait,	id.	id.	id. 3; id. 3. Guérison prompte.
22e fait,	id.	id.	id. 0; id. 2. Guérison prompte.
23e fait,	id.	id.	id. 3; nombreuses. La persistance de la diarrhée oblige à suspendre. Guérison prompte.
24e fait,	id.	id.	Vomiss., 1; selles, 9. Éruption stibiée de la bouche; suspension de la potion. Guérison prompte.
25e fait,	id.	id.	Vomiss., 2; selles, 0. Vomissements les jours suivants. Guérison prompte.
26e fait,	id.	id.	Vomiss., 1; selles, 3. L'intolér. oblige à suspendre. Guérison lente.
27e fait,	id.	id.	Vomiss., 3; selles, 1. Guérison prompte.
28e fait,	id.	id.	id. 3; id. 7. Guérison prompte.
29e fait,	id.	id.	id. 1; id. 0. Guérison lente.

Aux faits précédents, ajoutons, en forme d'appendice, quelques cas autres que des pneumonies.

30e fait,	pleurésie,	tartre stibié.	Vomissements, plusieurs; selles, plusieurs. L'intolérance des jours suivants oblige à suspendre. Point d'effet.
31e fait,	catarrhe suffocant,	tartre stibié.	Vomiss., 1; selles, 6. Tolérance les jours suivants. Soulagement.
32e fait,	bronchite chron.,	tartre stibié.	Vomiss., nombreux; selles, plusieurs. Tolérance les jours suivants. Point d'effet.

Si, maintenant, nous récapitulons les effets du tartre stibié dans nos vingt-neuf cas de pneumonie, pris au hasard, nous le répétons, dans une masse d'observations, nous verrons que la tolérance absolue n'a eu lieu que trois fois, c'est-à-dire dans *un dixième* des cas. Donc il résulte, évidemment, que la tolérance est une exception rare et que l'intolérance est la règle très-générale. Il est vrai que si la tolérance d'emblée est rare, très-ordinairement elle s'établit après deux ou trois jours d'évacuations. Mais ce qu'il importe de constater, c'est que, le plus souvent, il y a des évacuations. Rappelons que, dans les cas même où il n'y en a pas du tout, on a prétendu que la sécrétion intestinale n'en existait pas moins, et qu'elle se résolvait par d'autres émonctoires (urines, sueurs). Par contre, il arrive que la tolérance, primitive ou secondaire, étant établie, l'intolérance se manifeste quelques jours après, surtout si l'on force les doses. Nous arrivons naturellement à l'examen d'une autre question.

QUATRIÈME PROBLÈME : *La guérison est-elle plus sûre et plus prompte*

lorsque le tartre stibié est toléré que lorsqu'il ne l'est pas? La réponse se trouve dans ces résultats extraits des faits précédents : 1° Des trois cas de tolérance complète, un a été suivi de mort (par suppuration), un de guérison lente, un de guérison prompte. 2° Dans les sept cas d'intolérance opiniâtre, six fois il y a eu guérison prompte, une fois guérison lente. 3° Dans les dix-neuf cas d'intolérance initiale, temporaire, il y a eu mort cinq fois (par incurabilité présumée), guérison prompte treize fois, guérison lente une fois. Faisant abstraction des cas de mort dont l'intolérance et la tolérance sont également innocentes, il résulte évidemment cette conséquence contraire au préjugé généralement répandu, à savoir, que la guérison est tout aussi sûre et au moins aussi prompte quand il n'y a pas tolérance d'emblée que lorsque celle-ci a lieu, ce qui est très-rare. Or, si la tolérance absolue était une condition de guérison, celle-ci devrait être rare et difficile dans la plupart des cas d'intolérance, c'est-à-dire dans la généralité des cas, ce qui, heureusement, est tout le contraire. « Si la tolérance absolue, ai-je dit ailleurs, n'a lieu que dans des cas « très-exceptionnels, si la tolérance parfaite ne rend la guérison ni plus « fréquente ni plus prompte, si l'intolérance absolue n'empêche pas la « guérison, comment accepter le dogme de l'école de Rasori? » Donc l'influence prétendue salutaire et nécessaire de la tolérance antimoniale est une idée mystique, un paradoxe insoutenable, dépourvu qu'il est de fondement réel. On serait tenté d'adopter les idées contraires lorsque, indépendamment des résultats tels que ceux que nous offrons, on songe au grand nombre de praticiens anciens et modernes qui ont vanté le tartre stibié à dose simplement vomitive dans le traitement de la pneumonie. Ce scepticisme, d'ailleurs, nous le partageons avec une foule de praticiens célèbres, avec MM. Chomel, Andral, Piorry, etc. C'est que l'esprit conçoit très-bien la guérison par le mécanisme du vomissement, des évacuations humorales, de la révulsion, etc., mécanisme que Stoll lui-même avait parfaitement compris.

Cinquième problème : *Quelle est la valeur du phénomène appelé* saturation antimoniale, *dans le traitement de la pneumonie?* Certains esprits qui se complaisent dans les nuages et dont l'étrangeté a le privilége de captiver l'admiration, ont voulu mesurer l'action curative du tartre stibié à la manière dont il est supporté, c'est-à-dire que, pour eux, l'action curative de l'émétique est épuisée lorsqu'il arrive certains accidents qui obligent à en suspendre l'emploi, tels que l'intolérance, le dégoût, l'ardeur de la gorge, l'éruption de pustules dans la bouche (pustulation), etc. ; et ils ajoutent qu'alors l'effet est produit ou ne se produira pas. Or, nous protestons de par une longue et attentive observation contre ces rêveries ; car, 1° dans la presque universalité des cas, le ma-

lade manifeste du dégoût pour la potion stibiée avant que son effet soit produit, et si vous insistez pour en continuer l'emploi, la guérison a lieu le plus souvent. 2° Dans d'autres cas, assez rares, le malade continue sans dégoût, sans accident, l'emploi du tartre stibié, la pneumonie guérissant ou ne devant pas guérir par ce moyen. 3° Ces phénomènes de saturation sont presque toujours des accidents fâcheux, qui entravent ou interdisent l'emploi d'un remède précieux, sans que ces accidents, aux yeux des praticiens sensés, indiquent rien de particulier quant à l'état actuel et à la terminaison de la maladie. Cependant nous avons dû produire notre opinion, au moment où la métaphysique italienne tend à faire invasion dans la pratique française. La question suivante offre plus de gravité.

Sixième problème : *Le tartre stibié jouit-il de propriétés spécifiques, indépendantes de ses effets évacuants ou dérivatifs?* En vérité, je n'en sais rien, n'ayant pas expérimenté comparativement les autres éméto-cathartiques ; car j'ai pour principes, 1° que lorsqu'on possède un bon, un excellent remède comme le tartre stibié à haute dose, il est insensé de courir après un autre ; 2° que lorsqu'il s'agit d'une maladie grave comme la pneumonie, il y a danger, et culpabilité peut-être, à tenter de chanceuses expérimentations. Si pourtant l'on se décidait à faire cette épreuve, il conviendrait d'abord d'essayer les autres antimoniaux, car il en est qui prétendent que c'est comme composé antimonial, plutôt que comme tartre stibié, que celui-ci se montre efficace, témoin l'engouement éphémère suscité naguère en faveur de l'oxyde blanc d'antimoine, les louanges accordées par beaucoup de praticiens au kermès minéral, au soufre doré, etc. Ce sont des matières dans lesquelles il faut se garder de prononcer sur des faits isolés, des impressions fugitives, des préjugés d'école ; il faut de nécessité des faits nombreux pesés, comptés, comparés. Ce que nous avons dit au sujet du quatrième problème ferait pressentir que nous inclinons vers la non-spécificité du tartre stibié, mais un doute n'est pas une conviction. En revanche nous avons des idées plus arrêtées au sujet de la question que voici :

septième problème : *Le tartre stibié à haute dose est-il, en général, préférable à la saignée dans le traitement de la pneumonie ?* C'est encore avec des faits que nous répondrons : la durée totale la plus courte de nos pneumonies a été de neuf jours. Des deux seuls malades qui sont dans ce cas, l'un a eu trois saignées, l'autre quatre ; ni l'un ni l'autre n'a pris le tartre stibié. Chez le malade où la durée fut la plus longue (24 jours) le tartre stibié fut administré pendant huit jours. Neuf fois sur dix-sept, la saignée a suffi pour procurer la prompte solution de la maladie. Il est vrai que nous n'avons que très-rarement donné le

tartre stibié d'emblée, et cela dans des cas désespérés dont nous ne voulons pas nous prévaloir ; mais si l'on songe que, par cette pratique, Laënnec, assure-t-on, perdait un malade sur trois ; si l'on observe avec attention les résultats des rares praticiens qui appliquent immédiatement le tartre stibié, on verra que la saignée conserve une prééminence incontestable. De par le rationalisme et de par les faits, c'est, selon nous, une idée saugreuue que de prétendre que le tartre stibié agit d'autant plus efficacement que le sujet est vierge d'émissions sanguines ; Sydenham, Stoll et aucun de nos grands maîtres n'eussent pu concevoir une pareille idée ; la pratique de tous les temps dépose contre elle. Le tartre stibié n'est que le suppléant en cas d'impossibilité, l'adjuvant en cas d'insuffisance de la saignée générale ; secours précieux, mais non toujours indispensable. La saignée, le tartre stibié, sont deux moyens héroïques, chacun à sa place ; moyens dont l'un doit, en général, marcher avant l'autre, moyens qui peuvent aussi marcher de front, toujours selon l'occurrence. Ainsi, nous le pensons, doit être résolue la question de prééminence soulevée par ces remèdes et par tant d'autres dont la supériorité relative gît dans l'occasion.

Résumant tout ce qui précède, nous croyons pouvoir formuler les propositions suivantes :

1° Il est démontré que le tartre stibié à dose vomitive purge très-fréquemment.

2° Il est également démontré que les vomitifs végétaux purgent assez souvent.

3° L'effet purgatif des vomitifs paraît être plutôt en rapport avec les doses et les conditions individuelles, qu'avec la nature même du médicament.

4° La plupart des vomitifs, végétaux aussi bien que minéraux, sont irritants ; il n'existe, à cet égard, que des degrés entre eux. Les propriétés astringentes de l'ipéca sont une chimère.

5° Il est faux que les vomitifs aient pour résultat ordinaire de faire disparaître les enduits dits saburraux, qu'ils ont souvent pour effet d'augmenter (Dehaën, Stoll).

6° Dans l'administration du tartre stibié à haute dose, la tolérance d'emblée est l'exception, et les évacuations gastro-intestinales préliminaires sont le fait général.

7° Il n'est pas démontré que la tolérance d'emblée exerce un effet avantageux sur la marche et la terminaison de la pneumonie.

8° La pneumonie guérit au moins aussi sûrement et aussi rapidement lorsqu'il y a des évacuations intestinales que lorsqu'il n'y en a pas.

9° Le phénomène dit *saturation* antimoniale est un pur accident,

sans liaison aucune avec la marche et la terminaison de la pneumonie.

10° L'action spécifique du tartre stibié dans la pneumonie est une hypothèse contestable, et qui attend encore la sanction d'expériences comparatives.

11° En thèse générale, la saignée doit avoir le pas sur le tartre stibié dans le traitement de la pneumonie.

12° Mais il est des cas où le tartre stibié est seul applicable, et d'autres où il peut être appliqué concurremment avec la saignée.

PROF. FORGET.

NOTE SUR L'EMPLOI DU VÉSICATOIRE A LA PARTIE POSTÉRIEURE DE LA TÊTE (OCCIPUT) CHEZ LES ENFANTS DANS LES OPHTHALMIES LYMPHATIQUES, SCROFULEUSES.

Un des moyens le plus généralement conseillés dans le traitement de l'ophthalmie lymphatique parvenue à sa seconde période, est sans contredit le vésicatoire. En effet, dès que l'irritation oculaire primitive a sensiblement diminué ou complétement disparu, presque tous les praticiens se hâtent d'avoir recours à l'emplâtre cantharide au bras et quelquefois à la nuque. Cette médication paraît en effet très-rationnelle, et la nature de la maladie, l'âge des sujets ou leur constitution en justifient pleinement l'application. Rien de plus rare cependant que d'en observer de bons résultats. La plupart des enfants atteints d'ophthalmie lymphatico-scrofuleuse étant en même temps très-irritables, supportent en effet fort mal l'action du vésicatoire qui les fait souffrir quelquefois d'une manière horrible, détermine, comme je l'ai observé souvent, de la fièvre, de l'insomnie, et au lieu d'atténuer les progrès de la phlegmasie dont les yeux sont le siége, ne fait que l'entretenir et la plupart du temps l'aggraver. Ces fâcheux effets ont été si bien reconnus, que plusieurs médecins ont renoncé à l'usage des vésicants dans les cas dont il s'agit, et que M. Sichel ne craint pas de leur préférer en général les frictions plus ou moins fréquemment répétées avec la pommade d'Autenrieth, à la nuque ou derrière les oreilles. Ceux des enfants, au contraire, qui, moins impressionnables, n'en sont pas trop incommodés, n'en éprouvent la plupart du temps qu'une amélioration très-lente pour ne pas dire nulle, tandis que leur constitution d'ordinaire fort délicate s'en trouve singulièrement appauvrie, comme l'a très-bien fait remarquer le praticien que je viens de nommer. Frappé moi-même de ces inconvénients, convaincu toutefois de l'importance, de la nécessité même des vésicatoires dans la seconde période de l'ophthalmie

lymphatique, établis du moins d'une manière provisoire, j'ai cherché à les appliquer sur un point où, sans avoir les inconvénients qui leur sont justement reprochés, ils puissent agir d'une manière rapide et efficace. L'occiput m'a paru devoir être le véritable siége d'élection pour l'application des emplâtres cantharidés chez les enfants atteints de la maladie dont il est ici question. Le cuir chevelu, étant doué d'une sensibilité beaucoup moins vive que la peau du bras ou du cou, n'éprouve pas, sous l'influence de ce médicament, cette irritation violente, qui a un si fâcheux retentissement sur les yeux lorsqu'on l'applique sur les parties que j'ai signalées; l'enfant peut impunément remuer sa tête, sans éprouver les tiraillements douloureux qu'il occasionne lorsqu'on le place à la partie postérieure du cou. Enfin, et c'est pour moi le motif le plus puissant qui m'a fait adopter cette idée, la tête étant à cet âge le siége naturel, le lieu de prédilection de tout afflux humoral, l'application des épispastiques sur cette région m'a paru être tout à fait rationnelle. Enfin, il faut reconnaître encore que par contiguité de tissu et par influence de voisinage, le vésicatoire, placé à la région occipitale, me paraît devoir agir d'une manière plus prompte et plus certaine. L'idée que je viens d'émettre n'est certainement pas neuve, et le vésicatoire à la tête est une médication que l'on trouve conseillée dans beaucoup d'ouvrages; mais on n'en a peut-être pas assez bien senti la valeur dans la maladie dont je parle, ou bien on a manqué à l'à-propos dans son application. En effet, les ophthalmologistes en général ne le recommandent point d'une manière particulière, ou les praticiens ne sont pas assez bien fixés sur ses avantages. Car c'est une chose infiniment rare que de voir des enfants atteints d'ophthalmie lymphatique chez lesquels on ait songé en temps opportun à appliquer le médicament en question à la partie postérieure de la tête. De tout côté, au contraire, on les voit emplâtrés (qu'on me passe le mot), et cela pour leur propre détriment, d'un ou deux vésicatoires soit au bras soit au cou. Tous les enfants que j'ai eu occasion de traiter et de guérir étaient dans ce cas-là. Il importe par conséquent de bien préciser le moment où il faut appliquer cet agent médicamenteux, la valeur que j'attache à son emploi, et les résultats que j'ai obtenus.

Comme je l'ai déjà dit au début de ce petit travail, il faut, avant d'en venir au moyen dont je parle, enlever ou diminuer du moins d'une manière notable les accidents phlegmasiques dont les yeux sont le siége. Quelques sangsues à la tempe ou derrière les oreilles, l'usage des frictions mercurielles autour de l'orbite, un ou deux laxatifs, des pédiluves vinaigrés ou salés: tels sont les moyens que l'on doit d'abord employer.

La douleur, la photophobie, l'épiphora ayant diminué, je fais raser l'occiput dans une étendue convenable, et je fais appliquer l'emplâtre cantharidé. Souvent le traitement antiphlogistique préalable n'a pas fait disparaître la photophobie ni le larmoiement. Les jeunes malades souffrent moins, ils ont moins de fièvre, mais ils tiennent les yeux fermés, restent dans la partie de l'appartement la plus obscure, ou à peine osent-ils regarder la lumière. Malgré la persistance de ces symptômes, je n'hésite pas à prescrire les cantharides à l'occiput, et dans très-peu de temps, au bout de deux, trois ou quatre jours, l'amélioration est telle que les enfants voient assez bien, à moins qu'ils ne conservent des taies cornéales ; ils abandonnent le repos, et peuvent jouir de leurs mouvements et des bienfaits de l'air extérieur : c'est du moins ce que j'ai presque constamment observé chez les jeunes sujets que j'ai eu occasion d'observer. Tous étaient porteurs d'un ou deux vésicatoires au bras ou au cou, et tous cependant se trouvaient dans l'état déplorable que je viens tout à l'heure de tracer. La suppression de ces derniers emplâtres et l'établissement d'un vésicatoire à l'occiput a amené rapidement un état des plus satisfaisants. J'ai pu alors, lorsque je l'ai jugé nécessaire, faire subir à mes malades un traitement général dépuratif et anti-scrofuleux, et surtout les placer dans les conditions hygiéniques qui leur sont indispensables pour prévenir des récidives si fréquentes dans cette affection. Car, en admettant même que le vésicatoire à la tête n'agisse pas d'une manière particulière et durable contre l'ophthalmie lymphatique, dès le moment qu'il est supporté sans douleur et qu'il fait disparaître rapidement la photophobie et le larmoiement, ses avantages sont immenses. Dès ce moment, en effet, les jeunes malades, comme je viens de le dire, peuvent non-seulement suivre un genre de vie nécessaire à leur constitution, mais encore on n'a pas à craindre la formation de taies souvent incurables, et la faiblesse de la vue, qui accompagne toujours les yeux qui restent longtemps privés de la faculté de supporter les rayons lumineux. En résumé, je crois qu'il importe d'établir chez les enfants les vésicatoires à la région occipitale dans la seconde période de l'ophthalmie lymphatique, 1° parce qu'il est supporté sans douleur notable sur cette partie, ce qui, en général, n'a pas lieu lorsqu'on l'applique au bras et surtout au cou; 2° parce qu'il agit d'une manière plus rapide, plus certaine et plus efficace contre l'affection oculaire ; 3° parce que chez la plupart des enfants à tempérament fluxionnaire, lymphatique ou scrofuleux, un écoulement humoral vers la tête entretenu pendant un temps provisoire du moins a les plus heureux résultats, non-seulement pour l'organe visuel, mais pour tout l'organisme.

Voici du reste quelques faits qui mettront, je crois, en évidence la vérité de mes assertions.

Ire *Obs.* J. L..., âgé de trois ans et demi, éminemment lymphatique et fluxionnaire, était atteint, depuis plus d'un an, d'une ophthalmie de même nature qui avait résisté à tous les moyens que l'on dirige en général contre cette affection : sangsues, purgatifs, dépuratifs, vésicatoires. Lorsqu'il me fut présenté, cet enfant avait deux vésicatoires depuis quelque temps au bras et à la nuque, ce qui ne l'empêchait pas d'éprouver les symptômes que je vais énumérer : photophobie des plus intenses, épiphora abondant, peau chaude, fièvre, anorexie, amaigrissement très-prononcé. L'examen forcé de l'œil permet de constater une injection des plus vives sur toute la surface de la conjonctive oculaire et palpébrale, et quelques taches sur la cornée en quelques points ramollie et légèrement ulcérée. Suppression des deux vésicatoires de la nuque et du bras ; application de sangsues aux tempes, frictions mercurielles autour de l'orbite ; le lendemain purgatif. Enfin le troisième jour, emplâtre épispastique à la partie postérieure de la tête. Les phénomènes d'acuité cédèrent avec promptitude, la photophobie, l'épiphora, la douleur et le mouvement fébrile ; et dans quelques jours les yeux reprirent leur transparence normale. Un traitement dépuratif fut plus tard mis en usage. Les bains sulfureux, si nuisibles dans le début, furent aussi employés, ainsi que les préparations iodurées et un régime hygiénique convenable. L'enfant reprit sa gaieté et son embonpoint habituel, et depuis un an la guérison ne s'est pas démentie. Le vésicatoire a été maintenu pendant trois mois environ ; puis, à l'époque des chaleurs, il a été supprimé sans que les yeux aient eu à en souffrir. Je suis d'autant plus fondé à croire dans ce cas à l'efficacité du vésicatoire, que les mêmes traitements avaient été mis en usage avant cette époque, et que l'ophthalmie s'était constamment renouvelée malgré même l'emploi de deux vésicatoires qui n'avaient fait que débiliter et irriter ce jeune malade. Celui de la tête, qui suppura abondamment, ne détermina pas le moindre accident ; l'enfant ne s'en fâchait jamais. Il ne serait pas non plus rationnel d'attribuer ce résultat au traitement ultérieur, car l'état des yeux était singulièrement amendé bien avant qu'on y eût recours. Le malade a traversé depuis un hiver des plus longs et des plus humides sans récidive.

IIe *Obs.* Marie S..., d'une constitution strumeuse bien et dûment prononcée, âgée de huit ans, était depuis plusieurs années sujette à une ophthalmie lymphatique qui ne disparaissait parfois que pour se renouveler avec une intensité désespérante. Plusieurs médecins distingués avaient été consultés et avaient employé successivement des traitements

fort rationnels tant locaux que généraux, voire même plusieurs vésicatoires au cou et au bras. La jeune malade en avait eu jusqu'à trois à la fois sans amélioration du moins durable. En désespoir de cause, et après avoir combattu ce que présentait d'aigu l'affection oculaire par les moyens ordinaires, je fis appliquer un emplâtre épispastique à la partie postérieure de la tête. Il fut suivi dans très-peu de temps des mêmes résultats que dans l'observation qui précède. Il fut conservé pendant plusieurs mois et fournit abondamment. Quelques dépuratifs furent mis en usage plus tard; le vésicatoire a été depuis supprimé, et voilà près d'un an que la jeune malade jouit d'une santé parfaite, malgré tout ce que plusieurs mois d'humidité ont eu de fâcheux pour elle; car tous les praticiens savent quelle est l'influence de l'atmosphère sur la reproduction de cette ophthalmie.

Depuis lors, plusieurs cas semblables se sont présentés à mon observation; j'ai constamment eu recours au même agent thérapeutique, et dans la même région, et je puis assurer que constamment j'ai suspendu et arrêté la marche des accidents. Tous les malades ont parfaitement supporté le vésicatoire sur cette partie, avantage précieux chez des enfants. Dans tous les cas on avait employé des vésicatoires sur d'autres régions, et toujours sans succès, et quelquefois avec de grands inconvénients. Je suis loin cependant de m'exagérer l'importance de ce mode d'emploi du vésicatoire. D'abord il n'est pas nouveau; mais je ne sache pas qu'on ait insisté sur ce point dans les traités d'ophthalmologie, et je n'ai pas ouï les professeurs Sichel, Caron du Villards, Sanson, mon ami Furnari, etc., le recommander d'une manière particulière dans leurs leçons. Je doute fort aussi que ce moyen employé seul, surtout sans soumettre ces malades à une hygiène convenable pût amener des guérisons solides. Mais ma conviction intime est qu'il contribue puissamment et rapidement à la disparition de phénomènes morbides graves propres à l'ophthalmie lymphatique, et qui ne cèdent pas à une foule d'autres agents tous les jours mis en usage. L'expérience me l'a déjà appris dans un assez bon nombre de cas pour qu'il ne me soit pas permis de croire à l'illusion. Les enfants atteints d'ophthalmies lymphatiques, surtout avec l'écoulement puriforme, supportent très-bien, pendant quelques mois du moins, un exutoire, sans se débiliter, pourvu qu'ils soient convenablement nourris et que cet agent soit convenablement établi, c'est-à-dire sur le cuir chevelu. J'avouerai toutefois avec M. Sichel, que les vésicatoires sont mal supportés par ces enfants de Paris appartenant à la classe pauvre, mal nourris, mal logés et mal vêtus, que l'on voit habituellement aux consultations de cet habile maître. Mais dans le Midi et dans la classe aisée, l'établissement d'un vési-

catoire peut, sans avoir le moindre inconvénient, être établi pendant un temps convenable et produire les meilleurs résultats : n'aurait-il d'ailleurs que l'immense avantage d'amener une amélioration (ne serait-elle que momentanée) telle, que les malheureux enfants qui restent quelquefois des mois entiers sans ouvrir leurs yeux, puissent jouir de la vue très-peu de temps après l'application de ce moyen, qu'on devrait y avoir recours. Il est d'ailleurs infiniment plus aisé de leur faire subir le traitement dépuratif et tonique qui doit assurer le succès de la guérison. Eh bien, je puis assurer que chez tous les enfants chez lesquels j'ai employé le vésicatoire à la tête, j'ai fait cesser dans très-peu de temps la photophobie, l'épiphora, et j'ai pu dès lors les soumettre au régime hygiénique que cet état rendait impossible. Qui peut douter, chez des individus de cette constitution, de la nécessité de l'exercice, de l'air extérieur, d'une bonne alimentation, etc., etc.? Comment avoir recours à ces divers moyens, lorsqu'ils n'y voient point, qu'ils sont constamment accroupis dans le lieu le plus obscur de l'appartement qu'ils habitent, le plus souvent en proie à la fièvre et à la douleur? Il est inutile d'ajouter que les vésicatoires à la tête s'entretiennent aussi facilement que sur toute autre partie du corps, et qu'ils n'amènent jamais d'alopécie partielle.

H. Seguin.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

MÉMOIRE SUR UNE NOUVELLE MÉTHODE DE HATER LA GUÉRISON DES PLAIES RÉCENTES.

Dans un mémoire que j'ai publié il y a quelques années, je crois avoir démontré les avantages de l'emploi des *feuilles de plomb* pour la cicatrisation des plaies en *suppuration* et dans certaines conditions déterminées. Maintenant il s'agit d'établir et de prouver les avantages non moins marqués d'un autre procédé pour hâter la guérison des plaies *récentes*, pour faire en sorte que les unes guérissent promptement par adhésion primitive ou première intention, ce qu'on doit toujours se proposer dans certains cas, et de diminuer dans les autres l'inflammation et la suppuration, ces deux grandes causes du retard de la cicatrisation. C'est toujours en consultant les phénomènes tels qu'ils se présentent à nous, dans leur simplicité et leur succession naturelle, qu'il est possible de connaître les meilleurs moyens de guérison ; on pourra, je l'espère, en acquérir de

nouvelles preuves par la lecture des considérations et des faits suivants :

I. *Obstacles les plus fréquents à la prompte guérison des plaies.* —En général les plaies ne guérissent que très-rarement par première intention, c'est-à-dire sans inflammation ni suppuration. Il faudrait, pour parvenir à ce point toujours désiré de la science, des conditions et des moyens encore inconnus. Jusqu'à présent, il n'est guère que les plaies d'une très-petite étendue, de peu de profondeur et sans la moindre complication, comme, par exemple, celle qui est le résultat de la saignée, et d'autres d'une aussi faible dimension, qui ont ce privilége. Mais si les plaies par incision et par piqûre présentent de l'étendne et de la profondeur, bien plus encore, si la plaie est contuse, les deux phénomènes dont nous avons parlé ont lieu : toutes ces plaies s'enflamment et suppurent, toutes par conséquent sont d'une guérison plus longue et plus difficile que les autres.

Mais quelle peut être la cause de cette grave et importante différence dans les phénomènes que présentent les plaies? Elle n'est pas seulement dans la nature de la blessure et des parties divisées ; cette cause se trouve encore dans l'irritation produite par un corps étranger, ou introduit dans la plaie, ou inhérent à la lésion elle-même : ceci est le plus ordinaire. Un aiguillon le plus fin possible fait une très-petite blessure guérissant en peu de temps; mais que cet aiguillon reste dans la plaie, il faut alors que la nature déploie un grand appareil de forces, une suite de plusieurs phénomènes, pour en opérer l'expulsion. Qu'est-ce que la blessure faite par une lancette? Très-peu de chose assurément ; mais s'il s'y trouve une *gouttelette* de pus vénérien, variolique ou vaccinal, la petite plaie, loin de se guérir, s'irrite, s'enflamme, et prend des caractères particuliers, toujours relatifs au principe introduit dans l'économie. Il en est de même de tout corps étranger, quelles que soient sa nature, son origine, et qui reste dans la plaie; jamais, ou du moins presque jamais celle-ci ne guérit qu'alors que cet obstacle n'existe plus. Tous les efforts de la nature ont donc pour but primitif d'opérer cette expulsion, tandis que les phénomènes de la cicatrisation n'ont lieu que secondairement.

Ces faits, quoique vulgaires et connus, tendent pourtant à établir ce grand principe de thérapeutique chirurgicale, que dans toute plaie qui ne guérit pas par première intention ou par ce que John Hunter appelle inflammation adhésive, il y a une cause particulière qui, s'opposant à ce phénomène, force la nature à déployer d'autres moyens, et à passer, si l'on peut ainsi s'exprimer, par le long circuit de l'*inflammation* et de la *suppuration*, pour arriver à la *cicatrisation*. Cette cause est

presque toujours dans les corps étrangers que la nature doit expulser. Cependant il ne faut pas croire que ces corps étrangers viennent toujours du dehors, qu'ils soient constamment perceptibles aux sens, enfin qu'on puisse les extraire, soit avec la main, soit avec quelque instrument. Ces corps étrangers sont aussi produits par le sang épanché ou infiltré, par une infinité de caillots obturateurs des extrémités coupées des petits vaisseaux, par les débris de la peau, du tissu cellulaire, des muscles déchirés, brisés, broyés dans des proportions infinies, toujours relatives à la nature de la plaie et à la forme du corps vulnérant, sans parler des esquilles qui forment une classe à part de corps étrangers. Ces débris ou ce résidu dont nous venons de parler forment dans la plaie un véritable *détritus* ou sorte de corps étranger qui provoque nécessairement l'irritation, ensuite la réaction inflammatoire, puis enfin la suppuration, phénomènes proportionnés dans leur intensité à l'étendue de la plaie, à sa nature et aux organes lésés. Ce que nos devanciers ont appelé la *détersion* d'une plaie, n'est autre chose que le résultat du travail de la nature, qui, ayant expulsé ou élaboré les corps étrangers dont il vient d'être question, l'ont placée dans les conditions les plus favorables à la formation de la cicatrice.

On peut donc, pour les plaies, établir et suivre une ligne ascendante qui démontre que plus ce *détritus* est considérable, étendu, multiple, moins l'inflammation adhésive ou par première intention sera possible. Il y a ici une rigueur proportionnelle facile à concevoir entre les phénomènes qui auront lieu indubitablement et la plaie qui se présente, considérée dans sa nature et dans sa cause.

En effet, si l'on fait une plaie simple par incision et de peu d'étendue avec un instrument d'un tranchant fin et très-affilé, cette plaie guérit aisément et presque toujours par première intention. Pourquoi cela? C'est qu'il y a très-peu de *détritus*. Mais si l'on augmente l'épaisseur du tranchant, que celui-ci étant moins fin, l'action de *scier* soit par cela moins parfaite, moins égale, le détritus augmente par le déchirement des parties, dès lors les chances de guérison par adhésion primitive diminuent ou même disparaissent tout à fait; bien plus encore, si l'instrument est grossier, déformé, couvert de rouille à son tranchant et sur les surfaces, toutes choses étant égales d'ailleurs. Lorsque des plaies par incision on passe à celles qui sont le résultat d'une *piqûre*, on observe les mêmes différences. Que cette piqûre soit faite par un instrument fin, très-poli, par exemple une aiguille destinée à l'acupuncture, la guérison a lieu par première intention. Dans ce cas il est facile de présumer qu'il n'y a qu'un simple écartement des fibres. Mais le plus souvent la piqûre étant faite par un instrument d'un volume

plus considérable et plus mousse, les parties sont pressées, refoulées, meurtries; le sang épanché ne trouve pas d'issue. On conçoit alors que le *détritus* étant plus considérable, il faut nécessairement, pour que la guérison s'opère, qu'il y ait inflammation et suppuration, phénomènes subordonnés aussi pour leur intensité non-seulement aux parties lésées, mais à la forme de l'instrument vulnérant, se rapprochant plus ou moins des corps contondants. Maintenant, si des plaies par piqûre on passe à celles que l'on nomme plaies *contuses*, parce qu'elles sont le produit de l'action d'un corps plus ou moins obtus, le désordre est tel, le *détritus* organique si considérable, qu'il n'y a jamais guérison sans réaction inflammatoire et suppuration. Aussi les *plaies d'armes à feu*, regardées à juste titre comme le prototype des plaies contuses, offrent-elles toujours les deux périodes dont nous venons de parler. Les parties frappées ou traversées par le projectile sont tellement dilacérées, mutilées, broyées en quelque sorte, qu'on a donné à cette fatale disposition le nom expressif et énergique d'*attrition*, c'est-à-dire qu'il existe un amalgame complet de sang, de chair, de vaisseaux déchirés. C'est au point que dans les commencements qu'on faisait usage des armes à feu, les chirurgiens, persuadés qu'il y avait une véritable intoxication, agissaient en conséquence. On sait que ce préjugé ne fut détruit que par la pénétrante hardiesse du génie de notre Ambroise Paré.

Ce qui vient d'être dit prouve évidemment qu'il est facile d'établir une échelle de proportion entre les blessures ou lésions de continuité, et de graduer sur cette échelle les chances de guérison par première intention ou par inflammation et suppuration. En effet, depuis la plaie faite par un instrument d'un tranchant délicat et fin jusqu'à celles qui sont le résultat des armes à feu, à tous les degrés, on voit les chances de succès diminuer et cesser entièrement. Il existe donc un *maximum* de cette forme de guérison probable dans les premières de ces lésions, et un *minimum* dans les plaies contuses; enfin une impossibilité absolue dans les plaies d'armes à feu; car il n'existe pas, je crois, d'exemple dans la science, de guérison de ces dernières par première intention, et l'on en conçoit la raison. Il ne s'agit point ici, je le répète, des variétés de plaies produites par les parties lésées, entretenues par un virus quelconque ou par une certaine disposition individuelle qu'on appelle à juste titre la loi de tolérance ou degré de capacité morbide. Il faut seulement admettre que la différence de conditions dans les plaies pour guérir par première intention est toujours relative à la quantité de *détritus* formé par le sang, par les débris de la peau, du tissu cellulaire, des muscles, des vaisseaux, plus ou moins déchirés et mutilés, et cela depuis la plaie la plus simple jusqu'à la plaie contuse la plus compliquée, enfin aux plaies d'armes à feu.

II. *Indication fondamentale.* — Il est dans les investigations scientifiques un principe qu'on ne doit jamais perdre de vue, c'est de partir de ce qui est réel, prouvé par l'expérience, pour arriver au possible d'une amélioration évidente; or, que démontre ici l'expérience? que plus le détritus est considérable dans une plaie, moins on peut espérer la guérison sans inflammation ni suppuration; ce sont là des faits aussi journaliers que faciles à observer. L'indication première est donc dans le commencement, ou de chercher à obtenir la guérison par première intention, ou du moins, s'il n'est pas possible de l'obtenir, de diminuer autant que possible l'éréthisme inflammatoire qui ne tardera pas à se développer. L'affrontement des bords de la plaie, sa soustraction aux influences atmosphériques, l'extraction des corps étrangers extérieurs, le rapprochement et le maintien des lambeaux s'il en existe, la compression dans certains cas, et surtout, depuis quelque temps, l'emploi plus ou moins prolongé des réfrigérants, sont les moyens employés chaque jour avec des succès plus ou moins variés. Pour moi, je pense, qu'avant d'y recourir pour diminuer la réaction inflammatoire, surtout à l'emploi de l'eau froide, il existe une indication plus fondamentale encore, et qui doit être préalablement prise en grande considération, c'est d'enlever immédiatement et autant que possible le *détritus* dont il a été question. Rien ne prévient, rien ne diminue davantage la période d'inflammation, et par conséquent de suppuration qui doivent avoir lieu. Mais comment y parvenir? Le moyen le plus certain est une forte aspiration de l'air, aspiration exercée sur la plaie elle-même, soit par la *succion* selon le procédé des anciens, soit, comme je l'ai pratiqué, par l'application et le jeu d'une *ventouse à pompe* dont l'ouverture de la cucurbite est proportionnée à l'étendue même de la surface de la plaie.

Par ce procédé, le sang épanché *s'exprime* de la plaie ainsi que de l'extrémité des petits vaisseaux et du tissu cellulaire; il en est de même d'une multitude de petits fragments presque invisibles fournis par le déchirement des parties. Dès lors aucun corps étranger n'existe, la plaie est tout à fait nette et pure, si l'on peut dire ainsi; aucune cause d'irritation n'ayant lieu, l'inflammation est nulle; ou, s'il est impossible de la prévenir entièrement, elle est bornée dans son intensité et dans ses résultats ultérieurs : bien entendu qu'il convient de mettre ici en ligne de compte et d'apprécier les obstacles apportés d'ailleurs par la gravité de la blessure et des organes lésés. Cette application de la ventouse pour hâter la guérison des plaies récentes se fonde également sur la pratique comme sur le raisonnement. Ce n'est donc point une théorie purement gratuite; elle repose au contraire sur une série de gé-

néralisations inductives fournies par l'expérience. Consultons donc cette expérience; voyons d'abord les faits qui l'ont produite à des époques où ces faits étaient plutôt observés que raisonnés.

III. *Faits historiques et empiriques.* — Dès la plus haute antiquité on avait remarqué que l'action de sucer les plaies en abrégeait singulièrement la durée. Les poëtes, les historiens, les livres de médecine de l'antiquité sont remplis de faits de ce genre, et si c'était ici le lieu, je pourrais en citer de nombreux exemples. Qu'on le croie bien, les anciens n'ont pas toujours été des observateurs rêveurs, consultant plutôt l'imagination que le fait en lui-même, l'histoire de l'art le prouve suffisamment; souvent ils ont bien vu, et leur expérience ne s'est nullement démentie dans la suite des âges. C'est ainsi que l'art de sucer les plaies pour en hâter la guérison s'est maintenu chez les différents peuples de l'antiquité. Il y avait même parmi eux des personnes consacrées à cette sorte de fonction chirurgicale, individus connus sous le nom de *psylles*. A la vérité on avait principalement recours, et avec raison, à ces psylles ou suceurs dans les cas de morsure de serpents; mais on les employait encore dans les blessures faites par des armes de trait, flèches, dards, etc., dont les anciens faisaient un grand usage. Cependant on ignore les détails de l'opération. Tout ce qu'on sait, c'est qu'après avoir arraché le trait de la plaie quand il y était resté, le psylle, appliquant sa bouche sur la plaie, aspirait le sang à plusieurs reprises. Or, comme ce qui est réellement bon et utile se perpétue toujours, cet usage s'est conservé dans beaucoup de pays; bien plus, si l'on en croit Percy, il y avait dans les régiments français, jusqu'au siècle dernier, des hommes préposés à cet effet. On avait pour but de *desenvenimer* la plaie; c'est ce qu'on appelait *panser du secret,* quoique ce prétendu secret fût connu de tout le monde (1).

Ce qu'il y a de certain et de bien démontré, c'est que l'action de sucer une plaie empoisonnée ou d'y appliquer une ventouse en fait disparaître le danger, surtout si la succion a lieu de bonne heure et avant qu'il y ait absorption. Dans les morsures des serpents ou des animaux atteints de la rage, cette pratique a été recommandée de tout temps; les anciens ont laissé à cet égard d'excellents préceptes. « Quand un chien est enragé, dit Celse, il faut enlever le virus à l'aide de la ventouse (2). » Plus loin, il s'explique avec plus de détail dans les cas de morsure de

(1) En 1712, on a publié à Amsterdam un livre intitulé l'*Art de sucer les plaies*, in-8° avec fig.; malgré d'actives recherches, je n'ai pu me procurer ce petit ouvrage.

(2) *Utique autem si rabiosus canis fuit, cucurbitulâ virus ejus extrahendum est.* (Cels., lib. V, cap. 27.)

serpents. « Il convient, dit-il, de commencer par établir une ligature au-dessus de l'endroit blessé, en ayant attention toutefois de ne pas trop serrer cette ligature, de peur que la partie ne s'engourdisse. Il faut ensuite extraire le venin, ce que fait très-bien la ventouse. » Les expériences modernes ont pleinement confirmé ce que dit ici le médecin romain, expériences que j'ai répétées plus d'une fois. Dans d'autres cas, je me suis assuré par des faits comparatifs sur les animaux, que de deux plaies simples et non envenimées, toutes choses étant égales d'ailleurs, la plaie qui a été soumise à l'action de la ventouse guérit beaucoup plus vite que l'autre. C'est une expérience d'autant plus facile à faire, notamment sur les chiens, qu'il n'est pas possible d'appliquer sur ces animaux le moindre appareil. Si l'on se sert de bandelettes agglutinatives, ils les lèchent et les emportent en peu de temps.

Du reste, sans avoir recours à ces expériences, ne voyons-nous pas tous les jours les personnes étrangères à notre art, blessées d'une manière modérée, essayer de faire saigner la plaie, sachant très-bien que la guérison n'en sera que plus prompte, car l'inflammation et la suppuration n'auront pas lieu? Il n'est pas un tailleur, pas une couturière, une brodeuse, une lingère, etc., qui, s'enfonçant une aiguille même assez profondément dans les chairs, ne presse le doigt en tout sens pour exprimer le sang, n'applique sa bouche sur la blessure pour opérer à plusieurs reprises sur la blessure une forte succion, et presque toujours avec un plein succès. Il est clair que dans ce cas la succion est une ventouse naturelle, dont les effets sont identiques aux ventouses artificielles que nous employons. On a vu même obtenir par la succion d'excellents effets, même dans les cas de piqûre assez grave. Voici ce qu'on lit dans un ouvrage que Mme la comtesse de Chalot, veuve du célèbre tragédien Talma, a publié sous le titre d'*Études sur l'art théâtral*. En 1792, dans une pièce de Collot-d'Herbois où l'héroïne doit être enlevée, l'acteur chargé du fardeau, faisant malheureusement un faux pas, alla tomber rudement dans la coulisse, et non-seulement il écrasait la pauvre actrice, mais il arriva qu'une grosse épingle entra de toute sa longueur dans la poitrine de celle qu'il abîmait de son poids. L'accident était affreux ; on porta la malheureuse femme dans sa loge. Les médecins, les chirurgiens s'empressèrent autour d'elle ; tout le monde était en rumeur, car cette actrice était aimée de ses camarades. D'après l'avis des médecins, la plaie ne saignait pas assez. « Il faut sucer la plaie, dit l'un d'eux en élevant la voix, c'est le seul moyen d'écarter le danger. Allons, ne tardons pas... Talma, vous ne répugnerez pas, je pense... Il faut la sauver. » Talma, en rougissant, fut le sauveur, et il acquit ainsi des droits imprescriptibles à la main de celle qu'il aimait. » A

toutes ces observations, j'ajouterai les remarques suivantes, c'est que quand on emploie les ventouses scarifiées, les petites incisions, quelquefois assez larges et profondes, comme Larrey les faisait, guérissent toujours par première intention, sans doute à cause de l'effusion de sang qui a précédé.

Si l'évidence doit être la seule règle de certitude que nous possédons dans notre art, il n'est rien de mieux démontré que l'action salutaire de cette méthode pour hâter la guérison des plaies récentes; la multiplicité et l'identité des faits sont telles qu'il n'y a aucune témérité, je pense, à l'adopter, toutefois en modifiant les applications selon les cas et l'immense variété des plaies qui se présente dans la pratique.

IV. ***Principes et inductions.*** — Les faits précédemment exposés, quoique empiriquement observés, sont néanmoins assez multipliés, assez évidents, pour faire admettre l'utilité de la ventouse dans les premiers moments d'une blessure reçue. Ces faits, anciens et modernes, deviennent, comme il arrive toujours, les vérificateurs de la science après en avoir été les matériaux, c'est-à-dire qu'en les interprétant d'après l'étude des phénomènes de la vie et ce que fournit l'expérience, il est bon de les formuler en principe clair et positif, pour en déduire des conséquences formelles et évidentes. Ainsi :

La ***fin*** ou le but qu'on se propose d'atteindre, c'est d'enlever tout principe étranger à la plaie qui vient d'être faite, afin que la nature soit libre dans ses opérations.

Les ***conséquences*** sont d'obtenir l'adhésion primitive, dite par première intention, ou bien, si cela n'est pas possible, de circonscrire, de diminuer la période d'inflammation et de suppuration.

Le ***moyen*** consiste dans l'application d'une ***ventouse à pompe*** sur la surface de la plaie, afin d'opérer une aspiration suffisante pour enlever le ***détritus*** qui, déterminant l'inflammation, retarderait les phénomènes de cicatrisation. On comprend pourquoi on doit préférer la ventouse à pompe à l'ancien procédé. Ce dernier serait impraticable à cause de la combustion qui en est la base. Tels sont le principe, les conséquences et le moyen qui, fondés sur l'expérience et les lois de la vie, établissent l'utilité de la méthode en question.

Trois remarques sont néanmoins importantes à faire ici. La première est que l'orifice de la ***cucurbite*** doit toujours être un peu plus large que la surface de la plaie, afin que cette dernière soit entièrement exposée à l'action de l'instrument.

La seconde, c'est de recourir le plus promptement possible à l'application de la ventouse. Plus cette application sera immédiate, c'est-à-dire rapprochée de l'instant de la blessure, plus il y aura de chances de

succès. On conçoit en effet qu'un commencement d'irritation, bien plus encore d'inflammation, suffirait pour contre-indiquer l'application de la ventouse.

La troisième remarque enfin, c'est que ces applications ne sont nullement douloureuses, ou du moins ne le sont qu'à un degré très-tolérable. La douleur n'est vive et réelle dans les plaies que quand la réaction inflammatoire se prononce, et nous établissons qu'on doit alors s'abstenir de la ventouse. Du reste, la légère congestion capillaire qui a lieu par suite de cette application se dissipe en peu de temps; quant au saignement par nappe, effet de la ventouse, lorsqu'il se manifeste, on le voit s'arrêter aussitôt que la ventouse est enlevée. On a pu acquérir d'ailleurs la preuve de la vérité de ces assertions toutes les fois qu'on a suivi l'excellent conseil donné par Celse et d'habiles praticiens modernes, d'appliquer des ventouses dans les cas de morsures d'animaux enragés; et pourtant il faut remarquer que les morsures sont en général des plaies très-douloureuses.

Il est inutile de dire que l'emploi plus ou moins réitéré de la ventouse à pompe, n'exclut en aucune manière les autres moyens auxquels on a recours pour hâter et compléter la guérison des plaies récentes.

Les faits que nous exposerons dans le prochain numéro expliqueront d'ailleurs la marche à suivre dans ce cas.

Reveillé-Parise.

NOTE SUR UNE ESPÈCE PARTICULIÈRE DE TUMEUR ÉRECTILE, ET SON TRAITEMENT.

Lorsque, dans ce journal (1), je m'occupais des tumeurs nerveuses sous-cutanées et de leur traitement, j'annonçais devoir dire quelques mots, un jour, *d'une petite tumeur de la peau qui donne lieu à de très-vives douleurs*, et que quelques auteurs m'ont paru, à tort, avoir confondue avec cette maladie. Je viens remplir aujourd'hui cette promesse, et dire ce que l'observation m'a appris sur ce point.

M. Louis J....., peintre d'histoire, vint me consulter, en 1839, pour une douleur très-vive qu'il ressentait à l'extrémité de l'indicateur de la main droite. La moindre pression de l'ongle augmentait les souffrances et les rendait insupportables. Examinant avec attention la pulpe du doigt dans sa réunion avec la région dorsale, point vers lequel le malade accusait de la douleur, je fus étonné d'apercevoir une petite saillie d'un rouge foncé, d'un aspect comme verruqueux, mais plus lisse, et se détachant moins nettement de la peau environnante que les verrues ordi-

(1) *Bull. de Thérap.*, tome XX, page 283.

naires. Cette tumeur est dure, presque cornée; cependant elle est sensible à la pression. Elle paraît se prolonger vers l'ongle et au-dessous de lui; c'est là qu'est le siége du mal, et c'est sur ce point que je crois devoir agir pour le faire cesser. Je proposai immédiatement l'excision de cette petite tumeur, et la cautérisation de sa racine : ma proposition fut acceptée. Saisissant le doigt du malade comme une plume à tailler, le dos tourné en arrière, je tranchai hardiment vers l'ongle, qui m'offrait ainsi un point d'appui; à l'instant il s'écoula du sang en nappe; je laissai saigner quelques minutes. Je reconnus mieux la nature de la tumeur : formée en grande partie d'un tissu corné, elle est traversée, de la profondeur à la superficie, par une grande quantité de vaisseaux, qui lui donnent un aspect aréolaire; l'épiderme la recouvre; elle se perd insensiblement dans la couche superficielle des papilles. Je cautérisai avec la pierre infernale; j'y revins à plusieurs reprises. Quelques jours après, la partie touchée se détacha, le reste s'exfolia, et, au bout de quelques semaines, M. J. fut complétement guéri.

Dans la même année, je fus consulté pour une indisposition semblable par Mlle Emma P., qui souffrait beaucoup, surtout lorsqu'elle se livrait à la couture, son occupation habituelle. — J'eus recours au même traitement, l'*excision* combinée avec la *cautérisation*, et je ne fus pas moins heureux dans ce cas que dans la précédente observation.

Mais cette espèce de tumeur ne se présente pas toujours avec le même caractère. Simple production de la peau d'abord, elle peut devenir, en s'étendant en profondeur, une maladie plus rebelle et plus grave. Elle gagne tout à la fois vers la racine de l'ongle, et vers la face dorsale de la troisième phalange, qui le supporte. Ceci s'observe surtout lorsque l'un des orteils, et plus particulièrement le gros, en est le siége. En même temps que la tumeur augmente de volume, elle change de caractère, du phosphate calcaire se dépose dans le tissu aréolaire qui la constituait seul primitivement. Plus dure alors, et beaucoup plus douloureuse, elle semble constituer une dépendance de la phalangette, et pourrait être confondue, à un examen superficiel, avec une véritable exostose. Mais si l'on a suivi son point de départ et sa marche, si l'on se rappelle quelle était sa structure dans les premiers temps de sa formation, on verra que ce n'est que consécutivement qu'elle est arrivée à présenter la forme et les apparences d'une exostose.

A cette époque, les douleurs sont plus vives, la marche est plus pénible; il faut peu de chose pour arrêter les malades et les condamner au repos.

Dans le mois de mai de cette année, on m'amena le jeune Eugène Y., âgé de seize ans, qui, depuis plusieurs mois et sans cause appréciable

connue, éprouvait de vives douleurs à la partie antérieure supérieure et interne du gros orteil droit. D'abord on n'avait pas prêté grande attention aux plaintes du jeune malade, que l'on soupçonnait chercher des prétextes de repos. Bientôt il fit toucher à ceux qui l'entouraient le siége de son mal : c'est alors que je fus appelé.

Je reconnus l'existence d'une tumeur grosse comme une petite noisette, soulevant légèrement l'ongle, et paraissant se prolonger à plus de 15 millimètres sous lui. Cette petite tumeur était dure, d'une couleur légèrement rosée, passant au rouge violacé lorsqu'on comprimait circulairement le pied, et surtout l'orteil malade. L'épiderme qui la recouvrait était épaissi et s'en détachait facilement. Je me rappelai alors le premier fait observé peu d'années auparavant, et que j'ai cité au commencement de cette note. Je crus reconnaître une grande ressemblance entre ces deux maladies, bien que la dernière me parût plus avancée, et je résolus de lui appliquer le même traitement. Préalablement, je détachai avec soin toute la portion d'ongle qui me cachait la partie supérieure de la tumeur, et il me fallut en réséquer près de la moitié. Ceci, comme on doit le penser, ne détermina pas la plus légère douleur. Une fois le mal bien à découvert, j'en fis l'excision d'un seul coup, d'arrière en avant, avec un bistouri bien affilé : ce ne fut pas sans quelque effort ; je rencontrai la résistance que donne un os spongieux. Une assez grande quantité de sang s'écoula en nappe de toute la surface de la plaie ; en l'essuyant avec soin, et pressant assez fortement sur elle, on voyait très-bien le sang sortir par une multitude d'ouvertures très-rapprochées les unes des autres. Je cautérisai immédiatement avec le nitrate acide de mercure.

Les jours suivants, l'orteil devint plus douloureux et se tuméfia légèrement. M. le docteur Bonnefoy, médecin du pensionnat d'Oullins, où était le malade, revint lui-même plusieurs fois à la cautérisation ; mais toute la tumeur n'était pas détruite. Il nous fallut songer à un caustique plus énergique et d'une action plus profonde : nous choisîmes le caustique de Vienne.

Deux applications successives de pâte de Vienne sur une surface un peu plus large que celle occupée par la tumeur produisirent deux eschares profondes ; la dernière, en se détachant, amena avec elle un petit sequestre du volume d'un pois. La cicatrisation ne tarda pas à se faire. L'ongle repousse ; il existe un vide assez prononcé à l'extrémité de l'orteil ; la cicatrice paraît solide et de bonne nature ; le malade marche, a repris sa chaussure ordinaire, qu'il élargit un peu vers le siége primitif de la tumeur, enfin il ne souffre plus.

Ces jours derniers, une femme de Panissière (Loire) vint réclamer mes

soins pour une maladie semblable : je l'ai opérée immédiatement, et par le même procédé; c'est-à-dire que j'ai excisé, puis cautérisé; mais cette fois, après l'excision, j'ai de prime-abord eu recours à la pâte de Vienne. La structure et les rapports de la tumeur étaient les mêmes que dans le cas précédent : il est à croire que le résultat du traitement sera le même aussi.

Ainsi donc, de petites tumeurs douloureuses, d'une texture vasculaire, comme érectile, peuvent se développer dans l'épaisseur de la peau des doigts et des orteils, tout près de l'ongle. Ces tumeurs paraissent avoir pour siége la couche cornée des papilles, et pour caractère essentiel la réunion d'une grande quantité de vaisseaux; leur dureté les éloigne tout à fait des tumeurs érectiles ordinaires. En se développant, elles peuvent devenir le siége d'une formation osseuse, analogue à l'exostose, mais elles n'en conservent pas moins leur structure primitive.

Enfin l'*excision* et la *cautérisation profonde* semblent être des moyens assez énergiques, même dans cette dernière forme, pour en opérer, sans accidents et d'une manière complète, la destruction.

A. Bouchacourt.

DE QUELQUES ACCIDENTS CONSÉCUTIFS A L'EXTRACTION DE LA CATARACTE, ET EN PARTICULIER DE LA FONTE PURULENTE DE LA CORNÉE ET DU GLOBE OCULAIRE ; DES MOYENS DE PRÉVENIR CES ACCIDENTS.

Par le docteur Sichel.

Deuxième partie.

Des causes qui produisent la suppuration du lambeau de la cornée et secondairement la fonte purulente du globe oculaire.

Ces causes sont nombreuses, mais peuvent se grouper autour de deux accidents principaux, *l'ophthalmie traumatique et l'écartement des lèvres de la plaie.* Nous allons les exposer séparément, en indiquant les différentes circonstances capables de les amener, et en ajoutant immédiatement les précautions à observer pour les prévenir, ainsi que les moyens à employer pour en neutraliser les effets.

I. *Ophthalmie primitive sans écartement du lambeau ni procidence de l'iris.*

L'ophthalmie, après l'extraction, est beaucoup moins fréquente qu'après les opérations pratiquées à l'aiguille. Elle n'a guère lieu qu'après

des causes positives et plus ou moins connues. Par des raisons faciles à comprendre, elle débute presque toujours à l'extérieur, soit entre les lèvres de la plaie, soit dans la conjonctive. Elle ne s'étend que secondairement aux membranes internes qui souvent ne sont point encore véritablement phlegmasiées, lorsque déjà les chambres de l'œil sont remplies de pus. L'iritis primitif, non précédé d'ophthalmie externe, se montre très-rarement, peut-être même jamais, après l'extraction. Après l'abaissement ou le broiement, surtout sur des personnes avancées en âge, la phlegmasie survient fréquemment sans cause particulière, à la suite de la seule irritation que produisent sur les membranes internes le tiraillement de l'instrument et la pression soit d'un cristallin dur ou volumineux, soit des fragments de ce corps gonflés et réunis en masse et pressant sur les tissus voisins. Aussi après ce mode opératoire l'inflammation débute-t-elle presque sans exception à l'intérieur du globe, et faut-il combattre plus énergiquement les apparentes ophthalmies externes, comme étant presque toujours les précurseurs ou les premiers signes d'une phlegmasie oculaire interne.

On peut ranger sous les chefs suivants les circonstances qui amènent la phlogose après l'extraction.

A. *Circonstances qui existent avant et pendant l'opération.*

1° Une constitution robuste, sanguine et pléthorique peut y donner lieu sans cause locale aucune. Souvent il y a une disposition particulière de l'organe de la vision à l'inflammation, se trahissant soit par une sensibilité anormale à la lumière et par une facilité particulière de la conjonctive à s'injecter, même après des causes légères, soit par un reste de phlegmasie chronique, bien que légère, des membranes externes. Cette dernière s'accompagne assez fréquemment d'un certain degré de granulation des conjonctives palpébrales difficile à faire disparaître complétement et radicalement. Dans d'autres cas, certains reliquats d'anciennes ophthalmies externes, tels que des cicatrices de la cornée peu étendues et peu profondes, en indiquant la tendance de cette membrane à s'infiltrer ou à suppurer lorsqu'elle s'enflamme, engagent le chirurgien à se tenir sur ses gardes. Plusieurs des observations rapportées dans ce mémoire nous fournissent des exemples de ces différentes dispositions morbides.

Les individus qui présentent cette constitution ont besoin d'un régime et d'un traitement antiphlogistiques préparatoires plus ou moins sévères, surtout lorsqu'à la simple disposition hypérémique et inflammatoire se joint une congestion cérébro-oculaire habituelle ou l'un des autres états anormaux que nous venons d'indiquer. La conjonctivite

chronique, quelque légère qu'elle soit, sera combattue pendant quelques septénaires par les bains de pieds irritants, les laxatifs, les collyres légèrement astringents, dont chaque instillation sera suivie de fomentations froides. Le collyre de nitrate d'argent sera évité, comme trop irritant, à moins qu'il n'existe un état granulaire marqué de la conjonctive qui exige en outre l'application plus ou moins répétée du crayon de sulfate de cuivre. La présence d'une cicatrice même limitée de la cornée exige un examen minutieux des antécédents et des symptômes actuels, afin de reconnaître et de combattre le moindre degré d'ophthalmie ou de congestion oculaire. Mieux vaudrait en pareil cas avoir employé inutilement quelques moyens antiphlogistiques préparatoires, ou même échanger l'extraction contre un autre mode opératoire moins vulnérant et surtout moins capable de produire la suppuration et l'opacité de la cornée.

2° L'extraction est souvent très-difficile, même pour les opérateurs les plus exercés, lorsqu'il existe certaines circonstances dépendant de la conformation de l'œil et de ses annexes, circonstances trop généralement regardées comme des contre-indications absolues de cette méthode; telles sont : la petitesse et la position profonde du globe, une cornée peu convexe, un iris bombé et une chambre antérieure étroite, des paupières épaisses et peu fendues, des yeux très-mobiles obéissant très-difficilement à la volonté du malade et fuyant en haut à l'approche de l'instrument, la contraction des muscles oculaires souvent énorme qu'exercent certains individus pendant le moment où le kératotôme chemine par la chambre antérieure, etc. En pareil cas, un chirurgien habile parvient très-souvent à vaincre les difficultés, et l'on fait bien de ne point céder trop facilement à la crainte que peuvent inspirer ces circonstances, toutes les fois que la cataracte est peu consistante, et l'individu plus ou moins âgé. Dans ce cas, nous le répétons, une extraction difficile est rarement suivie d'effets aussi désastreux qu'un abaissement ou un broiement beaucoup plus facile à exécuter. D'autre part, on ne peut nier que souvent, dans les conditions indiquées, aucune habileté, aucun procédé particulier, ni aucun de ces petits tours de main que donne une longue pratique, ne sauraient empêcher que l'opération ne devînt plus douloureuse et plus vulnérante, et, par conséquent, une cause prédisposante pour une phlegmasie plus intense. Dans ce cas il convient de faire prendre au malade, immédiatement après l'opération, une dose un peu élevée d'une préparation opiacée (5 à 8 centig. d'extr. gommeux ou 10 à 12 gouttes de laudan. de Rouss.), et d'y revenir au besoin 4 à 5 heures plus tard; de faire pratiquer une petite saignée de précaution en même temps ou le lendemain, et,

si malgré ces mesures l'ophthalmie traumatique se développait, d'en combattre avec la plus grande énergie les premiers symptômes. Il en est de même de plusieurs autres particularités qui, en prolongeant l'opération ou en compliquant et multipliant les manœuvres, peuvent considérablement augmenter les chances d'inflammation ; telles sont : l'introduction trop répétée de la curette et du kystitome, les dimensions trop considérables et les formes trop grossières de ces instruments, le froissement et la contusion qu'ils font éprouver aux lèvres de la plaie et à l'iris, etc. Je néglige à dessein de parler de la brusquerie, je dirais presque de la brutalité, sans laquelle certains grands chirurgiens ne croiraient point pouvoir pratiquer cette opération dans leurs amphithéâtres, où ils sacrifient tout au brillant de la manière de faire. Nous indiquerons plus loin, en parlant des causes de l'écartement du lambeau, les moyens d'éviter ces inconvénients ou d'en neutraliser les effets.

Pour obvier à la trop grande mobilité des yeux et à ses suites, plusieurs chirurgiens distingués ont récemment appliqué à l'extraction de la cataracte le procédé employé pour l'opération du strabisme, en recommandant de fixer les paupières et l'œil par l'usage des élévateurs, des abaisseurs et des pinces. Quels que soient les éloges donnés à ce procédé par des hommes habiles et dignes à tous titres d'une croyance entière, je ne puis adopter leur manière de voir et d'agir. Si, d'un côté, la difficulté dans les cas ci-dessus spécifiés diminue par l'emploi de l'appareil proposé, la pression exercée sur le globe ne fait qu'en augmenter, et avec elle le danger de la procidence de l'iris et du corps vitré et celui de l'écartement des lèvres de la plaie, accident si dangereux, comme nous le verrons plus tard. En outre, l'action de la pince sur la conjonctive provoque une injection de cette membrane et une irritation de tout le globe toujours fort fâcheuse lors d'une opération aussi délicate et en même temps aussi vulnérante que l'extraction. Il est donc préférable, selon nous, d'apprendre par un fréquent exercice de l'opération à vaincre les difficultés indiquées, de laisser au malade le temps de se calmer, et de l'habituer au contact de l'instrument par des attouchements légers et répétés avec l'extrémité du manche ou avec un stylet émoussé. On fixera seulement l'œil par la pulpe de l'index de la main libre doucement appliqué près du grand angle, et l'on ne fera point succéder trop rapidement les uns aux autres les différents temps de l'opération. Enfin, on s'abstiendra de toute espèce de brusquerie; on adressera fréquemment la parole au malade, lorsqu'il est indocile ou en proie à une agitation nerveuse, afin de le rappeler à lui-même et de le calmer. A l'aide qui fixe la paupière supérieure on enjoindra d'éviter toute pression sur l'œil, et de faire tout au plus sentir légèrement à

cet organe, à sa partie supérieure, la pulpe de l'index, afin de l'empêcher de se diriger en haut.

B. *Circonstances qui existent après l'opération.*

1° Toute imprudence que le malade peut commettre, soit sous le rapport de son régime, en le rendant excitant, surtout par l'usage des boissons alcooliques, soit sous le rapport des essais intempestifs de la vision de l'œil opéré, deviendra une cause d'ophthalmie d'autant plus énergique qu'il existe l'une ou l'autre des circonstances prédisposantes signalées. Une surveillance active et l'application exacte des bandelettes de taffetas d'Angleterre, renouvelée toutes les fois qu'elles se dérangent, sont les moyens capables de prévenir ces graves inconvénients;

2° Des mouvements brusques de la tête ou du corps, des efforts pour se soulever, etc., produisent rarement la phlegmasie, sans avoir préalablement amené l'écartement des lèvres de la plaie. Une pression ou contusion quelconque, bien que légère, du globe oculaire est, au contraire, une cause d'ophthalmie traumatique très-dangereuse. On fera bien, par cette raison, d'engager les personnes qui entourent le malade à ne jamais approcher leurs mains des yeux de l'opéré, comme, par exemple, pour changer les compresses imbibées d'eau froide si utiles dans la grande majorité des cas, sans prendre un point d'appui sur la tempe ou la pommette à l'aide du petit doigt ou des deux derniers doigts. De cette manière, dans le cas d'un mouvement de tête imprévu exécuté par l'opéré, la main suit ce mouvement. En négligeant cette précaution, l'œil peut venir se heurter contre l'un des doigts; on a vu malheureusement à la suite d'un pareil accident la phlegmasie atteindre une intensité rebelle au traitement le plus énergique, et la fonte purulente s'emparer de l'œil. Il faut, par la même raison, faire soigneusement surveiller le malade nuit et jour, afin qu'il ne puisse, par des mouvements imprudents, se blesser l'œil opéré avec les doigts ou en se couchant dessus.

3° Une disposition rhumatismale n'est point, comme le croient certains auteurs plus chirurgiens que médecins, une complication imaginaire et sans conséquence. L'observation IV pourra, mieux que tout raisonnement, fournir la preuve de ce que nous avançons. Il faut, dans le cas où on la prévoit, être très-prudent dans l'usage des fomentations froides, et les suspendre dès l'invasion des premières douleurs. En automne particulièrement, et en général lorsque la saison est froide et humide ou très-changeante, cette complication est assez fréquente et très-fâcheuse, surtout lorsque la phlegmasie est aiguë. Le traitement doit être alors antiphlogistique et aidé des moyens antirhumatismaux.

L'observation suivante vient à l'appui de plusieurs des points que nous venons de toucher et de quelques autres vérités pratiques d'une grande importance.

Obs. IV. *Cataracte lenticulaire gauche molle broyée. Cataracte lenticulaire demi-molle droite extraite six ans plus tard. Ophthalmie rhumatismale suraiguë. Succès complet pour les deux yeux, mais vision plus nette de l'œil droit.*

Mme D., âgée de soixante ans, d'une constitution très-nervouse, éprouve depuis longtemps de fréquentes douleurs rhumatismales et quelquefois des symptômes de congestion cérébro-oculaire. Son œil gauche est affecté d'une cataracte lenticulaire entièrement molle, dont je pratique le broiement par la sclérotique avec une aiguille à lame large, le 14 octobre 1837. L'opérer par extraction eût été trop dangereux, le domicile de la malade étant distant de 30 kilomètres de Paris. Le résultat immédiat de l'opération est une lacune assez large au centre du cristallin; toute la pupille est remplie de flocons qui immédiatement après l'opération viennent reboucher l'ouverture centrale et empêchent la malade de voir. Après quelque temps la malade se plaint d'une douleur dans l'œil qui, selon elle, va en augmentant. Une saignée de quatre palettes est pratiquée, des onctions d'onguent napolitain et d'extrait de belladone sur le front et la tempe gauche sont mises en usage, et remplacées plus tard par des frictions aux mêmes endroits avec 10 centigr. d'opium brut répétées de demi-heure en demi-heure, de manière à en employer un gramme pendant l'après-midi et la nuit.

Le lendemain matin la conjonctive est assez injectée, avec tendance au chémosis et à la sclérotite; cependant il n'y a point de photophobie.

Le 21 il n'existe plus qu'une légère injection conjonctivale. La moitié interne du cristallin semble commencer à se résorber. Néanmoins la malade dit ne pas même distinguer de cet œil la lumière. Nous lui recommandons de revenir peu à peu à ses habitudes ordinaires.

Depuis le mois d'octobre jusqu'au mois de mai 1838, elle a eu alternativement des accès de douleurs rhumatismales et de conjonctivo-sclérite de même nature qui ont exigé l'usage des petites émissions sanguines, des laxatifs doux, de l'onguent napolitain belladoné, des antirhumatismaux, et surtout de la teinture de semence de colchique qui lui a été d'un grand secours. Au milieu de l'hiver, la vue, qui déjà avait suffi pour lire sans le secours de lunettes le titre d'un journal, s'était affaiblie de nouveau, malgré la marche toujours progressive de la résorption; on craignait un commencement d'amaurose. Ce trouble de la vision n'était probablement que la suite du gonflement des débris cristallinlens; je l'ai, depuis, observé plusieurs fois dans des circonstances analogues. La vue s'éclaircit à mesure que la résorption avance. Au mois de mai, la malade voit à se conduire sans lunettes. Avec des lunettes biconvexes no 5 elle voit fort bien les grands objets distants, et avec un verre à cataracte no 27 elle lit couramment. Il n'y a plus dans la pupille qu'une bandelette opaque et circulaire formée par la circonférence de la capsule, au milieu de laquelle une large ouverture ronde est découpée. Cette bandelette est plus large du côté externe que du côté interne.

Lors de l'opération de l'œil gauche, on voyait à peine dans son congénère un commencement de cataracte. La vue ne se troublait encore que très-peu.

La cataracte de l'œil droit est néanmoins devenue complète et demi-molle; elle est opérée par extraction le 3 juillet 1843, la malade, à ma demande, ayant fixé son domicile à Paris pour quelque temps. Un faisceau de vaisseaux injectés et dilatés, placé à peu près dans le diamètre transversal de la partie externe de la conjonctive, ainsi que des douleurs névralgiques et rhumatismales dont Mme D. souffrait encore récemment, me faisaient d'ailleurs appréhender les suites d'une opération pratiquée à l'aiguille. La section est faite dans un cercle sénile assez prononcé. Au moment de l'opération l'œil s'injecte vivement, ce qui, joint aux dimensions peu considérables de la cornée et à la situation profonde de l'œil, donne lieu à une douleur dont la malade se plaint encore à neuf heures du soir. (Fomentations froides, six gouttes de laudanum de Rousseau immédiatement, et six autres le soir.)

La douleur dans l'œil, que la malade compare à celle qu'on ressent après un coup porté sur cet organe, augmente un peu entre sept et huit heures, pour diminuer plus tard. (Continuation des fomentations froides, saignée de précaution de trois palettes.) Dans la nuit du 4 au 5, la malade ayant éprouvé des douleurs dans les dents, les fomentations froides sont remplacées par des compresses sèches. Les douleurs de dents cessent dans la journée.

Tout va bien jusque dans l'après-midi du quatrième jour, jeudi 6 juillet. A deux heures la compresse sèche n'est nullement collée aux paupières qui ne présentent ni gonflement ni sécrétion. Dans l'après-midi le temps excessivement chaud devient très-froid après une pluie prolongée et froide survenue soudainement. Aussitôt la malade commence à éprouver des douleurs dans le bras droit et quelques douleurs dans l'œil du même côté, d'où séchappent des larmes brûlantes et gluantes. A cinq heures, on ne peut plus soulever la compresse qui est collée à la partie interne des paupières. A six heures, je la trouve tellement collée, qu'il faut de l'eau chaude pour la détacher. Il y a sur la compresse, à l'endroit où elle était collée aux paupières, une assez large tache jaunâtre produite par du mucus. En même temps l'articulation de l'humérus droit est le siége d'un rhumatisme aigu commençant; le moindre mouvement du bras produit une douleur qui s'étend jusque près du coude. De temps à autre la malade ressent dans l'œil une douleur qui lui paraît supportable; elle est beaucoup soulagée par un écoulement de larmes chaudes qui survient à des intervalles plus ou moins longs. Le linge est changé; à neuf heures, il est de nouveau collé, mais à un moindre degré. La douleur et le gonflement de la paupière n'ont pas augmenté. Je fais encore changer le linge et je préviens que, si le lendemain matin tous les symptômes n'ont pas disparu, il faudra ouvrir l'œil pour se fixer sur la nécessité d'une nouvelle saignée, la quantité de sang à tirer et les autres moyens à employer.

Le lendemain 7 juillet, la douleur de l'œil et la sécrétion, ainsi que le rhumatisme articulaire, n'ont presque point augmenté. Néanmoins l'appareil est levé. Les lèvres de la plaie sont bien réunies, et il n'y a point de suppuration; mais la conjonctive oculaire et surtout sa partie inférieure est fortement injectée, gonflée, et commence à se chémoser. Elle se replie un peu sur le bord de la cornée et masque la cicatrice. La cornée est un peu trouble et la pupille le paraît également; il y a sclérotite, photophobie et tous les symptômes d'une ophthalmie rhumatismale suraiguë dont l'intensité

est augmentée par la cause traumatique. (Saignée de 4 palettes; une seule palette peut être tirée à cause d'une pelotte de graisse qui bouche l'ouverture de la veine. Calomel 5 centigr., extrait gommeux d'opium un cent., sirop, q. s.; huit pilules pareilles dans la journée à environ deux heures de distance. D'abondantes onctions, avec une cuillerée à café d'un mélange d'onguent napolitain 16 gram., laudan. de Rouss. 8 gram., sont faites sur le front, la tempe et la pommette droites de demi-heure en demi-heure. Le soir, je fais faire une seconde saignée qui, à cause de la petitesse de la veine, n'amène également qu'un palette de sang. Je tire moi-même, à minuit et demi, près de quatre palettes de sang de la veine céphalique droite au-dessus du carpe. La douleur avait beaucoup augmenté, malgré les onctions et l'usage des pilules.

Le 8, la douleur a presque entièrement cessé; la sécrétion et le rhumatisme n'ont point augmenté. Le pouls, qui était plein et fort hier au soir, est devenu normal. (Eau de Sedlitz, une bouteille à 50 gramm., qui produit 3 évacuations. Continuation des frictions jusqu'au soir, où la quantité prescrite est achevée. La malade a quelques aphthes à la langue et un commencement d'odeur mercurielle de l'haleine. Orangeade aujourd'hui, les pilules ne devant point être renouvelées.)

Le 9, la douleur dans l'œil et la sécrétion ont cessé, le gonflement des paupières et la douleur de l'épaule sont moindres, et le pouls normal. La malade éprouve une stomatite mercurielle commençante sans salivation. (Une deuxième bouteille d'eau de Sedlitz.)

A partir de ce jour, tous les symptômes ont diminué rapidement, et l'œil s'est rétabli complétement sous la continuation d'un traitement antiphlogistique modéré et antirhumatismal.

Dans le cas qui précède, l'ophthalmie aiguë n'aurait pas tardé à amener la suppuration de la cornée, si un traitement énergique ne l'eût promptement arrêtée. La même observation pourra servir à réfuter plusieurs opinions erronées qui ont été émises sur quelques points relatifs à la cataracte. On sait que la plupart des ophthalmologistes, et nous sommes de ce nombre, n'opèrent point la cataracte d'un œil, quand l'autre conserve encore une vision suffisante. Tant que l'un des yeux n'a rien perdu de l'intégrité de ses fonctions, l'opération de la cataracte pratiquée sur son congénère, même dans le cas d'un succès complet, entraîne en général après elle de nombreux inconvénients : le foyer inégal des deux yeux ne permet pas au malade de les employer simultanément, sans que la netteté de la vision en souffre et qu'il éprouve de la gêne, un trouble de la vue, quelquefois même de la diplopie, etc. Un verre à cataracte, employé pour l'œil sain, ne rétablit qu'incomplétement et rarement les fonctions normales. Ces symptômes n'ont point lieu lorsque l'œil non cataracté est très-myope, ou atteint d'amblyopie, de taies de la cornée ou d'autres affections semblables, qui après l'opération égalisent le foyer ou la force visuels. Ceux qui néanmoins conseillent d'opérer dès qu'un seul

œil est affecté, prétendent que cette opération pratiquée de bonne heure préserve l'œil sain de la cataracte et la fait même disparaître ou rétrograder, lorsqu'elle est formée. L'exemple ci-dessus rapporté, et plusieurs autres que j'ai observés dans ma pratique, montrent que cette singulière et inexplicable supposition repose uniquement sur une observation inexacte.

Les mêmes auteurs et d'autres, dans leur partialité pour une méthode opératoire exclusive, ont prétendu que la vision, après les opérations pratiquées à l'aiguille, devenait plus nette; cela se voit surtout, ont-ils dit, sur les personnes opérées d'un œil par le kératotôme et de l'autre par l'aiguille. Ceci est une erreur des plus grossières : chaque méthode, lorsqu'elle est pratiquée convenablement et d'après ses indications, donne des résultats également bons. Dans le cas même de Mme D..., et dans plusieurs autres, le résultat de l'extraction était bien supérieur sous le rapport de la vision, et la malade n'a pas eu à souffrir pendant plusieurs mois, comme après le broiement. En général, comme nous l'avons déjà dit, dans les cas de cataracte demi dure ou demi-molle existant sur les individus avancés en âge, l'extraction donne des résultats infiniment plus avantageux.

Il nous reste à nous occuper, dans la dernière partie de ce travail, de l'écartement du lambeau comme cause principale de la suppuration de la cornée, après l'extraction de la cataracte.

SICHEL.

CHIMIE ET PHARMACIE.

AVIS AUX PHARMACIENS SUR L'IMPURETÉ D'UN SULFATE DE POTASSE LIVRÉ AU COMMERCE.

Nous savons que des accidents sérieux ont été la suite de l'administration du sulfate de potasse administré à Paris à un certain nombre de malades. L'analyse de ce sel y a démontré une assez grande proportion de sublimé. Le *Journal de chimie médicale* invite MM. les pharmaciens qui auraient reçu dans ces derniers temps du sulfate de potasse à ne pas le délivrer aux malades avant de l'avoir essayé. Nous indiquerons la même règle de prudence à nos lecteurs.

Le sulfate de potasse ainsi altéré se colore *en rouge* par l'iodure de potassium; sa solution est précipitée en jaune par l'acide sulfhy-

drique, le précipité passe au noir après quelques instants. Ce sel frotté sur une lame de cuivre la blanchit. Projeté sur des charbons ardents, il fournit une vapeur blanche qui, recueillie sur du cuivre, blanchit le métal exposé à cette vapeur. Ce métal acquiert ensuite par le frottement le brillant métallique et un toucher doux.

Cet accident, si accident il y a, qui a introduit du sublimé dans le sulfate de potasse, constitue l'altération la plus dangereuse de ce sel qui ait été signalée. Néanmoins, il faut le dire, dans le courant de l'année dernière, divers journaux ont fait connaître plusieurs événements graves observés à la suite de l'administration de ce sel, et M. Moritz de Neuf-brisach et M. Lepage, qui a publié une note à cet égard dans le *Journal de chimie médicale*, pensent que les effets toxiques observés peuvent être attribués à la présence de sels métalliques, tels que le sulfate de zinc, le sulfate de fer et le sulfate de cuivre, altérations qui se rencontrent particulièrement dans le sulfate de potasse qui nous arrive d'Allemagne, où il est le produit secondaire de la fabrication de l'acide nitrique. A cet égard, il sera facile au pharmacien de s'assurer de la pureté du sulfate de potasse qu'il achète dans le commerce. Suivant M. Lepage, le sulfate de potasse dont la solution aqueuse sera sans action sur la couleur du tournesol et de la violette, et qui n'éprouvera aucun trouble par les réactifs suivants : 1° ammoniaque, 2° sulfhydrate d'ammoniaque, 3° acide gallique, pourra être regardé comme suffisamment pur pour l'usage médical. Si l'on croyait devoir rechercher l'arsenic, on aurait recours à l'appareil de Marsh.

UN MOT SUR LA PRÉPARATION DU CYANURE D'OR.

Deux procédés principaux ont été proposés pour obtenir le cyanure d'or. Dans le premier, la combinaison de l'or avec le cyanogène se produit par la réaction du cyanure de potassium sur la dissolution de chlorure d'or; le second, qui a été proposé par M. Defferres, pharmacien de Nîmes, n'en diffère que par la substitution du cyanure de mercure au cyanure de potassium. On a reproché au premier moyen de ne laisser isoler à l'état de pureté qu'une faible quantité du cyanure d'or formé, et de ne pouvoir donner un produit constamment identique, à cause de la difficulté de se procurer du cyanure de potassium parfaitement pur. Quant au second, s'il peut offrir un résultat plus pur, on peut aussi lui objecter de ne pas permettre de retirer du premier jet tout le cyanure d'or, et de forcer l'opérateur à des évaporations et dessiccations réitérées qui ne rendent que peu de produit et

entraînent nécessairement dans des pertes onéreuses, en raison du haut prix du métal précieux employé à cette opération. M. Desfosses, pharmacien à Besançon, a proposé une modification au procédé de M. Defferres, et il assure, dans le *Journal de pharmacie*, avoir obtenu de meilleurs et de plus économiques résultats en se servant d'alcool absolu au lieu d'eau pour opérer le lavage du cyanure d'or, après la première opération à siccité. Mais il ne dissimule pas que le cyanure d'or, obtenu au moyen du cyanure de mercure, ne puisse retenir quelques traces de ce dernier métal : ce qui est un inconvénient majeur pour l'usage médical. Il indique donc un autre mode de préparation qui réussit également bien et qui est préférable dans ces cas; ce moyen consiste à mettre l'oxyde d'or hydraté, précipité par la magnésie, d'après la méthode de Pelletier, en contact avec de l'acide cyanhydrique dilué, récemment extrait. Dans le premier moment du mélange, l'oxyde d'or devient vert-noirâtre (constituant peut-être alors le cyanure aureux non encore obtenu); mais en portant la liqueur à l'ébullition, il ne tarde pas à prendre une belle nuance jaune; il suffit alors d'évaporer à siccité, à un feu très-modéré, pour obtenir un produit très-beau et très-pur qui n'a pas besoin de subir de lavage.

PRÉPARATION FACILE DE L'OXYDE D'ARGENT PUR, PAR M. WILLIAM GRÉGORY.

Voici ce procédé tel que nous le trouvons indiqué dans le *Journal de pharmacie*. On précipite par le chlorure de sodium l'argent d'une dissolution de ce métal, mélangée de cuivre, et on lave avec soin le chlorure d'argent par décantation avec de l'eau chaude, en l'écrasant avec une spatule de platine, pour diviser autant que possible tous les grumeaux; il ne faut pas le triturer dans un mortier, parce que le chlorure d'argent s'agglutine sous le pilon.

On verse sur le chlorure d'argent, *encore humide*, de la dissolution de potasse d'une pesanteur spécifique de 1,25 à 1,30, et on fait bouillir le tout; le chlorure d'argent se transforme alors, en peu de minutes, en une poudre noire d'oxyde d'argent. Lorsque celle-ci, essayée par l'acide nitrique étendu, ne s'y dissout pas sans résidu, on décante la solution de potasse, on met la poudre humide dans un mortier et on la triture. Après une seconde ébullition, l'oxyde se dissout sans aucun résidu dans l'acide nitrique. Il se dépose aussitôt au fond du vase et est encore plus facile à laver par décantation que le chlorure d'argent; seulement, les lavages ultérieurs doivent être faits avec de l'eau

froide, parce que la poudre, lorsqu'elle est assez pure, s'élève en partie dans l'eau chaude (mais non dans l'eau froide), et qu'alors on la décante avec la liqueur.

L'oxyde lavé est chimiquement pur ; chauffé au rouge au-dessus de la lampe, il laisse de l'argent pur en une masse compacte. Toute l'opération peut être exécutée dans une seule et même capsule : celles de platine méritent la préférence.

Cet oxyde est très-propre à la préparation du nitrate d'argent ; peu importe alors, comme pour la préparation de l'argent métallique, qu'il reste une petite quantité de chlorure d'argent non décomposé. L'acide nitrique ne dissout pas ce dernier, et en faisant fondre l'argent mélangé de chloride avec un peu de potasse et de borax, on obtient tout l'argent à l'état métallique. Si par conséquent on veut réduire une grande quantité de chlorure d'argent, il faut faire bouillir la poudre humide avec de la potasse, chauffer au rouge l'oxyde obtenu et le faire fondre alors avec de la potasse et du borax. La solution faible de potasse et sa solution concentrée froide n'ont pas ou presque pas d'action sur le chlorure d'argent ; c'est pour ce motif que cette décomposition a échappé aux chimistes. Il faut éviter d'employer le chlorure d'argent une fois *qu'il a été séché*, parce que sa décomposition par la solution de potasse est alors extrêmement difficile.

L'oxyde est d'un noir pur, d'une grande densité, et tout à fait différent, quant à ses propriétés physiques, de l'oxyde ordinaire ; mais il paraît être identique avec ce dernier dans ses propriétés chimiques.

PRÉPARATION SIMPLE DE L'HYPOSULFITE DE SOUDE, PAR M. WALCHNER.

On peut, d'après ce chimiste, obtenir ce sel en très-peu de temps et en grande quantité par le procédé suivant : on dessèche aussi complétement que possible du carbonate de soude pur cristallisé ; on le réduit en poudre fine ; on en mélange 1 livre avec 5 onces de fleurs de soufre, et on chauffe peu à peu le mélange dans une capsule de verre ou de porcelaine jusqu'à ce que le soufre soit fondu. On divise (en entretenant une chaleur égale) la masse qui s'est alors agglutinée et on la tourne pour mettre toutes ses parties en contact avec l'air. Dans ces circonstances, le sulfure de sodium formé passe à l'état de sulfite de soude, en absorbant l'oxygène de l'air. On fait dissoudre ce sel dans de l'eau ; on filtre, pour en séparer le fer dont il était mélangé ; on fait aussitôt bouillir la liqueur avec des fleurs de soufre, et la liqueur filtrée, presque

incolore, fortement concentrée, donne l'hyposulfite de soude en cristaux très-purs et très-beaux et en grande quantité.

Une élévation de température trop rapide brûle facilement un peu de soufre ; une portion de carbonate de soude reste alors sans être attaquée et altère la pureté de l'hyposulfite dans la première cristallisation ; mais il est très-facile de l'en séparer.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOUVELLES OBSERVATIONS TOUCHANT LES POLYPES DE L'ANUS CHEZ LES ENFANTS.

Depuis la publication de mon mémoire sur les polypes de l'anus chez l'enfant, dans votre numéro d'octobre dernier (tome XXIII, page 263), trois nouveaux cas de cette maladie se sont offerts à mon observation, et cela dans le seul mois de mai dernier. Cette affection, ainsi que je le supposais, n'est pas propre au sexe masculin, bien que je n'en eusse rencontré d'abord que chez de jeunes garçons ; en effet, dans les trois observations que je vous adresse, il s'en est rencontré deux cas chez de jeunes filles.

Voici du reste ces histoires.

I. La nommée Martin, âgée de neuf ans, de la commune de Marigny, d'une forte constitution, et ayant eu depuis deux ans quatre à cinq attaques de fièvre intermittente, fut prise, vers la mi-mars, d'un écoulement de sang en allant à la garde-robe, et même dans l'intervalle des selles ; ses chemises étaient toujours fortement tachées par ce liquide. Au bout de quelque temps, la mère s'aperçut qu'il lui sortait par le siége, après avoir été à la garde-robe, une tumeur rouge et de la grosseur d'une forte fraise ; cette tumeur ne rentrait qu'une demi-heure, en général, après la défécation. Elle m'appela le 4 mai, et, ayant constaté le genre de mal de l'enfant, je me mis en devoir de l'en débarrasser. La tumeur n'étant pas sortie, je lui fis administrer un lavement simple, et pendant les efforts qu'elle fit pour le rendre, le polype se présenta : je l'extirpai comme dans les cas précédents, c'est-à-dire en le pinçant avec l'indicateur et le pouce droit, et le détachant du pédicule avec l'ongle. Ce pédicule était mince, blanchâtre, long de 4 à 5 centimètres ; il se fixait sur l'intestin, au niveau du bas-fond vésical. La tumeur of-

frait exactement le volume, la forme et la texture de celles décrites dans le mémoire que vous avez bien voulu publier.

II. Le nommé Charrou, du hameau du Petit-Saint-Marc, jeune garçon très-fort, âgé de trois ans, peu maladif, saignait par le siége avant et après les selles, depuis deux ou trois mois. Au bout de ce temps, sa mère s'aperçut qu'il lui sortait par le fondement, après les évacuations, un corps rouge-brun, arrondi comme une fraise, rentrant au bout de quelque temps. Je fus appelé le 14 mai, six semaines après l'apparition du polype : la grosseur était alors sortie; je pus constater qu'elle était d'une couleur livide, plus molle et un peu plus allongée que les précédentes de même nature que j'avais rencontrées; en un point même elle semblait déchirée. Je fis placer l'enfant sur les genoux de sa mère, qui lui écartait les fesses, et je procédai à son extirpation. Comme dans les cas précédents, quelques gouttes de sang s'échappèrent, et l'enfant, sans avoir jeté un seul cri, s'en fut reprendre ses jeux accoutumés.

Le pédicule, de même longueur et de même forme que le précédent, s'implantait comme lui au-dessus du sphincter interne; le tissu du polype était moins ferme et beaucoup plus vasculaire; une déchirure assez profonde y existait.

III. La nommée Guffaute, d'Étampes, d'une assez faible constitution, bien portante néanmoins, rendait, depuis deux ou trois semaines, du sang par l'anus en allant à la selle, et même sans y aller. Au bout de ce temps, sa mère remarqua, après les garde-robes, qu'il lui sortait une tumeur arrondie, d'un rouge vif, par le siége; celle-ci rentrait au bout de peu de temps. Je fus appelé le 15 mai, et je constatai l'existence d'un polype anal, s'insérant au niveau du bas-fond de la vessie par un pédicule d'environ 4 centimètres, d'une couleur grisâtre, mince et assez résistant. Le corps de la tumeur offrait une identité parfaite avec celles que j'ai décrites. Son extirpation se fit de la manière accoutumée, sans aucune douleur; quelques gouttes de sang s'écoulèrent, et la petite fille reprit immédiatement ses habitudes.

Je suis vraiment surpris, je le répète, qu'une affection que je n'avais jamais rencontrée pendant plus de dix ans de ma pratique médicale, se soit présentée à mon observation en aussi grand nombre, en assez peu de temps, puisque, comme je le dis dans mon mémoire, j'en ai recueilli quatre cas dans l'espace de dix-huit mois, et, chose plus remarquable, trois autres en quelques jours dans le seul mois de mai dernier. Je suis plus étonné encore que les auteurs gardent le silence à cet égard, au moins les plus répandus. Serait-ce à cause du peu de gravité du mal? Mais il est une foule d'affections moins remarquables, dont on rencontre la description dans les livres; et d'ailleurs, l'effroi qu'éprouvent les pa-

rents à son apparition aurait dû, il me semble, faire signaler aux praticiens le mal qui nous occupe, quand ce n'eût été que pour en faire connaître l'innocuité.

Je me demandais, dans ma première publication sur ce sujet, quelle serait la terminaison naturelle des polypes de l'anus chez l'enfant. Aujourd'hui je suis porté à croire, d'après l'observation du jeune Charron, que, dans certains cas, les contractions répétées du sphincter anal doivent finir par irriter, ramollir et enfin couper la tumeur, qui se détache et abandonne le pédicule, qui, comme dans l'extraction, s'atrophie et disparaît. Enfin je ne pense pas que la récidive soit possible, bien que le pédicule ne soit pas arraché; au moins je ne l'ai constatée jusqu'à présent chez aucun des petits malades que j'ai opérés.

Bourgeois,
Médecin en chef de l'hôpital d'Etampes.

SUR UN NOUVEAU MOYEN DE PRODUIRE EXTEMPORANÉMENT UN VÉSICATOIRE.

Monsieur le rédacteur, le moyen que je propose d'appeler *vésicatoire au verre de montre*, n'est consigné nulle part : je vous prie, si vous jugez qu'il puisse être utile à la science, d'en publier dans votre excellent journal la description que voici :

Dans un verre de montre plat, versez 8 ou 10 gouttes d'ammoniaque très-concentrée ; recouvrez le liquide d'une pièce de linge taillée sur un diamètre un peu moindre que n'est celui du verre, et appliquez lestement ce petit appareil sur la peau préalablement rasée. Maintenez le tout en place à l'aide d'une pression modérée faite avec les doigts.

Aussitôt qu'autour du verre on remarque une zone rosée large d'environ 2 centimètres, on peut être certain que la vésication est achevée. Dans certaines occasions, 30 secondes sont à peine nécessaires pour obtenir ce résultat. Il ne reste plus alors qu'à ôter l'appareil, laver la place, et arracher avec des pinces à dissection l'épiderme qui vient aisément et tout d'un seul lambeau.

Le pansement reste subordonné au but qu'on se propose, aux indications de la méthode endermique, par exemple.

Darcq, D. M.
A Stenay (Meuse).

ACCIDENTS TOXIQUES ET MORT OCCASIONNÉS PAR L'ADMINISTRATION DU TABAC EN LAVEMENT DANS UN CAS DE HERNIE ÉTRANGLÉE.

Je viens de lire dans le *Répertoire médical* du numéro d'août de votre estimable journal, l'exposé critique de plusieurs observations de

volvulus, traitées par M. le docteur Berruyer au moyen de la décoction de tabac administrée en lavements. Ce médecin se loue beaucoup de ce moyen ; mais, comme vous le dites, l'insuffisance de ses faits ne permet d'accorder à son travail qu'une autorité très-restreinte. Assurément, le dernier fait cité par M. Berruyer est au contraire de nature à nous mettre en garde contre l'action quelquefois funeste du tabac. N'est-ce pas ce médicament qui a pu provoquer l'avortement, et par suite la mort de la malade? Quoi qu'il en soit, voici un fait dont j'ai été témoin tout récemment ; il montrera la circonspection que l'on doit mettre dans l'emploi de ce moyen.

A. H., cultivateur, âgé de cinquante-six ans, d'une constitution athlétique, d'une taille très-élevée, était atteint depuis plusieurs années d'une hernie double, lorsqu'il reçut un coup de pied de bœuf dans le flanc gauche. Il ressentit une douleur assez vive dans le bas-ventre, et peu de temps après survinrent les vomissements et tous les symptômes de l'étranglement herniaire. Un médecin appelé fit mettre le malade dans un bain, mais celui-ci n'y voulut rester que peu de temps. Le médecin partit et ne revint que le lendemain à quatre heures du matin. Je fus alors appelé avec un de mes confrères du voisinage pour l'assister. Nous reconnûmes une hernie inguinale étranglée. Deux heures s'étaient déjà écoulées depuis l'accident. Aucun moyen, si ce n'est le bain, n'ayant été employé pour préparer le taxis, il fut convenu que 40 sangsues seraient appliquées sur la tumeur, que le malade serait mis dans un bain prolongé, etc., et qu'ensuite on tenterait le taxis ; enfin qu'on recourrait à l'opération si la hernie ne pouvait être réduite. Le malade resta cinq heures au bain, les sangsues saignèrent abondamment. Ce fut alors que le médecin ordinaire du malade administra un demi-lavement, avec la moitié de la décoction de 30 grammes de tabac, dans l'eau nécessaire pour un lavement entier. Dix-huit heures s'étaient écoulées seulement depuis l'accident ; le malade était encore plein de forces, et aucun symptôme de gangrène ne s'était annoncé. Un quart d'heure tout au plus après l'administration du demi-lavement de tabac, les vomissements redoublèrent, des matières en assez grande abondance s'échappèrent avec bruit de l'intestin. Les symptômes du narcotisme le plus intense survinrent avec une rapidité effrayante ; la stupeur et l'immobilité étaient complètes, la respiration très-gênée ; puis tout à coup l'agitation, le délire surviennent, les mâchoires se serrent fortement, les muscles de la face se contractent ainsi que ceux de tout le corps, la tête se renverse en arrière, la colonne vertébrale se raidit, en un mot le malade est en proie à un tétanos complet. La respiration devient de plus en plus rare, de plus en plus pénible ; les pupilles sont excessivement dilatées ; les lèvres,

la face prennent une teinte violacée, puis le calme renaît : mais bientôt une nouvelle secousse survient, et le malade meurt asphyxié vingt-cinq minutes après l'administration du médicament.

La dose de tabac n'était cependant que de 15 grammes ; M. Berruyer en administre 16 et même plus : le même accident ne pouvait-il pas arriver à ses malades ?

Si cette observation, qui vient confirmer vos réflexions, vous paraît offrir quelque intérêt pour mes confrères, je vous prie de lui donner place dans les colonnes de votre excellent journal.

Ch. Japiot, D. M.
à Is-sur-Tille (Côte-d'Or).

SUR LES EFFETS DÉTERMINÉS PAR LE TARTRE STIBIÉ SUR L'OESOPHAGE.

L'un des derniers numéros du *Bulletin de Thérapeutique* contient une note sur les effets que le tartre stibié détermine sur la bouche, le pharynx et l'œsophage. J'ai observé un cas très-curieux de production pseudo-membraneuse obturant complétement l'œsophage, à la suite de l'administration du tartre stibié à haute dose. Ce fait est intéressant, en ce que c'était une lésion sans doute mortelle, ajoutée à la maladie à laquelle la malade a succombé.

C'était une vieille femme de quatre-vingt-trois ans, qui était entrée à l'infirmerie de la Salpêtrière, se plaignant d'un point de côté à gauche, et présentant quelques symptômes cérébraux avec de la fièvre. Des sangsues furent posées sur le côté et au cou. Ce ne fut que le quatrième jour que des signes de pneumonie devinrent manifestes.

On prescrivit, le matin : ipéca, 1 gr.; tartre stibié, 5 centigr.; le soir : tartre stibié, 1 gr., dans une potion, avec 15 gr. de sirop diacode.

Il y eut le matin et le soir des vomissements et des selles abondantes.

Le cinquième jour, tartre stibié, 1 gr.; une selle, sans nausées ni vomissements.

Le sixième jour, le matin, 1 gram. 50 centigr. de tartre stibié; vomissement peu abondant; le soir, 1 gr. de tartre stibié. La pneumonie ne s'amende pas. La malade a beaucoup de difficulté à avaler; elle se plaint de la gorge et rejette tout ce qu'elle prend.

Le septième jour, la bouche est remplie d'une grande quantité de mucosités visqueuses et transparentes qui coulent sur le menton; déglutition impossible. Mort la nuit suivante. Cette femme avait donc pris 4 gr. et demi de tartre stibié en trois jours.

Voici ce que l'on trouva à l'autopsie, outre les lésions propres à la pneumonie :

La bouche est remplie de mucosités filantes; ses parois, non plus que la surface de la langue, ne paraissent pas sensiblement altérées. Le pharynx est recouvert d'une exsudation d'un blanc jaunâtre, mince, et d'une assez grande densité. L'œsophage se présente, dans le thorax, sous l'aspect d'un conduit plein, et dont le diamètre surpasse celui qui lui est ordinaire. Il est rempli par une production pseudo-membraneuse formant un tube creux, comme les fausses membranes qui doublent la trachée dans le croup. Ce tuyau pseudo-membraneux, à parois de 2 millimètres d'épaisseur, assez dense, mais friable, présente une face externe adhérente à la face interne de l'œsophage, d'une couleur grisâtre, jaunâtre dans quelques points, dans d'autres, d'un rouge de carmin très-vif, et une face interne un peu inégale et tomenteuse, d'un gris ardoisé; la cavité de ce tuyau membraneux est pleine d'un mucus rougeâtre et spumeux, assez semblable à de la salive. Cette production singulière se terminait un peu au-dessus du cardia, en formant un cul-de-sac non absolument obturé. Supérieurement, elle avait été en partie détruite en ouvrant l'œsophage, dans lequel on ne s'attendait pas à la trouver. La face interne de l'œsophage lui-même, dont on détachait facilement les adhérences à la fausse membrane, présentait de nombreuses érosions superficielles, et une couche comme couenneuse, mince et jaunâtre; son extrémité cardiaque était presque saine.

L'estomac, peu volumineux, présentait à sa face interne quelques plaques d'un rouge vif; à part cela, sa muqueuse n'offrait aucune altération d'épaisseur ni de consistance. On voyait sur la muqueuse de l'intestin grêle, dans toute son étendue, un grand nombre de petites plaques blanches, la plupart ombiliquées à leur centre, et très-légèrement saillantes. Les villosités ne paraissaient pas plus développées qu'à l'ordinaire. La même altération s'observait dans le gros intestin. De distance en distance, la muqueuse intestinale présentait un peu de rougeur.

Durand-Fardel, D. M. P.

RÉCLAMATION AU SUJET DE L'EMPLOI DE LA RACINE DE COLOMBO DANS LES VOMISSEMENTS.

Monsieur et très-honoré confrère, ce n'est pas sans surprise que j'ai lu dans votre estimable journal (t. xxiv, p. 180) le passage suivant

par lequel M. de Breyne commence une note, intéressante d'ailleurs, sur l'emploi avantageux du colombo dans les vomissements atoniques et nerveux : « La poudre de racine de colombo est fort peu usitée en thérapeutique. Cet oubli est fâcheux, car depuis plus de vingt-cinq ans je l'emploie avec grand succès. »

Mais d'abord sur quoi s'appuie M. de Breyne pour avancer une pareille assertion? Puisqu'il a resté vingt-cinq ans à publier le résultat de son expérience à ce sujet, pourquoi d'autres praticiens n'useraient-ils pas du même droit? Et puis, il y a bien des médecins qui, tout en se servant du colombo, ne croient pas faire une chose aujourd'hui digne de l'impression. De ce nombre sont tous nos médecins de Montpellier.

Cependant, cherchant à m'expliquer pourquoi M. de Breyne a émis une pareille doléance, je crois en avoir trouvé la cause dans le tort qu'ont eu MM. Mérat et Delens de ne point parler du colombo dans leur ***Dictionnaire de matière médicale et de thérapeutique générale***, non plus que MM. Trousseau et Pidoux dans leur ***Traité de thérapeutique et de matière médicale***. Je pense même que ces auteurs se sont décidés à une pareille omission par l'insuffisance des renseignements thérapeutiques que leur avaient légués Barbier et Alibert dans leurs matières médicales.

Si tous ces différents écrivains s'étaient donné la peine de consulter la ***Méthode ïatraleptique***, publiée en 1811 par feu mon oncle, le docteur A. J. Chrestien, ils auraient trouvé, à la page 309 et aux suivantes, des observations pratiques sur la vertu antiémétique du colombo, dignes de figurer dans leurs ouvrages. Car l'auteur de ce livre, que plusieurs nations étrangères ont traduit dans leur langue, apprenait à diminuer, par l'association de la poudre de racine de colombo à celle du quinquina, la répugnance qu'a l'estomac pour les doses énormes auxquelles il fallait porter l'antipériodique, avant que mon oncle dotât la matière médicale de sa ***résine de quinquina***, et qu'il préparât ainsi la découverte du sulfate de quinine.

Non content de publier ses propres observations sur l'efficacité du colombo, mon oncle fit aussi connaître celles du docteur Rogery et de son ami Bertrand de Lagrelie. Il eut même le soin de signaler l'emploi qu'en avaient fait avant lui Johntzson, Percival et Haigarth.

Je vous saurai d'autant plus gré de consigner cette réclamation en faveur de la mémoire vénérée de mon oncle, que ses observations sur le colombo étant étrangères au cadre de la méthode ïatraleptique, comme il le reconnut lui-même, je ne les reproduirai pas

dans la nouvelle édition à laquelle je travaille depuis longtemps et qui, j'espère, ne tardera pas à paraître.

A. T. CHRESTIEN, D. M.
A Montpellier.

UN MOT SUR L'EMPLOI DU TARTRE STIBIÉ DANS LE DELIRIUM TREMENS.

Monsieur le rédacteur, dans le *Répertoire médical* de votre dernier numéro (octobre, tome XXV, p. 303), vous donnez l'extrait d'un travail sur le traitement du *delirium tremens* par le tartre stibié à haute dose : « C'est, dites-vous, à l'école de Montpellier qu'il faut rapporter le premier emploi du tartre stibié à haute dose dans cette maladie. » Je suis de ceux qui font très-peu de cas des questions de priorité; cependant, on abuse tant aujourd'hui de notre ignorance en histoire, que c'est à la fois faire acte de justice et servir la science que de rappeler les titres des anciens.

Vos lecteurs ayant pu oublier vos publications passées, je prendrai la liberté de leur rappeler un article inséré par moi dans votre journal (août 1838, tome XV, p. 82), article presque entièrement consacré à reproduire trois belles observations de *delirium tremens* bien caractérisé et guéri par le tartre stibié à haute dose, observations recueillies par l'illustre Stoll, à Vienne, en 1778 (Stoll, *Méd. prat.*, tome III, p. 163, 181, etc.); on y voit qu'il administrait l'émétique à la dose *de cinq à huit grains*, dans une potion de quatre onces, et en répétant. Permettez-moi de rappeler les conclusions de ce travail : « Ceci prouve, disais-je, 1° que Stoll a parfaitement décrit le *delirium tremens*...; 2° que Stoll, dès 1778, a fait usage de l'émétique *à haute dose* (8 grains en potion), dont l'invention est attribuée à Rasori; 3° que le traitement du délire nerveux par le vomitif n'est pas chose nouvelle, bien qu'il ait été produit comme nouveauté par un praticien anglais, Klapp..., etc. » Et j'ajoutais en terminant : « L'opium est le remède par excellence dans le délire tremblant; mais les faits de Stoll ne laissent pourtant aucun doute sur la puissance des vomitifs, « et notamment de l'émétique à haute dose, dans quelques cas de cette affection. »

On pourra dire avec raison que les vues de Stoll étaient autres que celles de l'école Rasorienne, mais le fait matériel n'en existe pas moins, et c'est ce qu'il est bon de ne pas oublier.

FORGET,
Professeur à la Faculté de Strasbourg.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique des maladies des vaisseaux, contenant des recherches historiques spéciales, par M. le docteur J. Pigeaux.

M. Pigeaux continue, avec un zèle que les vrais amis de la science ne sauraient trop louer, la tâche difficile qu'il s'est imposée d'épuiser l'anatomie, la physiologie et la pathologie de l'appareil circulatoire. Les travaux de cet auteur méritent d'autant plus de fixer l'attention des hommes sérieux, que, très-indépendant par sa nature, et ne manquant point d'une certaine originalité, il n'accepte rien, de si haut que cela vienne, sans le soumettre à la coupelle d'une critique rigoureuse, et fait toujours ses réserves pour des conceptions qui, pour être datées d'une autre époque, ne doivent pas, par cela même, nécessairement être rejetées. Nous ne sommes point fâché de voir un peu d'hérésie se montrer sur ce terrain : *oportet hæreses esse;* non que nous contestions le mérite d'ouvrages récemment publiés sur cette matière, et qu'une vive lumière n'ait été répandue dans ces derniers temps sur la pathogénie des maladies du cœur, par exemple; mais nous croyons qu'on s'est un peu trop hâté de prononcer que le dernier mot avait été dit sur les questions nombreuses qui se rattachent à cet intéressant sujet. M. Pigeaux, dans le livre nouveau qu'il publie, revient sur plusieurs de ces questions, et cherche à démontrer que les solutions regardées généralement comme les plus inattaquables sont susceptibles de sérieuses objections. C'est ainsi qu'à propos de la circulation il émet des doutes très-fondés sur la théorie qui fait dépendre exclusivement de l'impulsion du cœur tous les phénomènes qui se lient à cette grande fonction. L'auteur n'a point la prétention d'avoir l'initiative dans cette critique d'une théorie qui laisse en dehors de son explication un grand nombre de faits : il sait que les médecins allemands surtout l'ont précédé dans cette voie, et ont signalé avant lui un grand nombre de ces faits : le savant Burdach, entre autres, a profondément étudié cette question dans son *Encyclopédie physiologique*. M. Pigeaux a suivi les mêmes errements, et ajouté aux faits déjà connus des faits intéressants.

Le médecin français ne s'est point borné à étudier la circulation sous le rapport physiologique : pathologiste, il a surtout essayé de faire tourner au profit de la pathologie les faits qui se découvrent du point de vue nouveau où il s'est placé. Une fois dégagé du joug des idées exclusives des médecins anglais, dont sans doute il continue à maintenir la

théorie générale, il soumet à une discussion approfondie un grand nombre de questions pathologiques : l'anévrysme, les varices, deviennent ainsi, soit sous le rapport étiologique, soit sous le rapport thérapeutique, l'objet de réflexions aussi neuves qu'intéressantes. Il serait trop long de reproduire ici les idées de l'auteur, parce que nous devrions les faire suivre d'une critique étendue : nous renvoyons donc le lecteur à l'ouvrage lui-même. Nous nous contenterons de dire ici que, sur plusieurs points de ces importantes questions, M. Pigeaux force la conviction de tout esprit droit, et que là où le doute reste encore permis, il force au moins à penser et à répéter ce mot, qui a eu si grande fortune : « Il y a quelque chose à faire. »

Nous voulons, en finissant, faire pressentir au lecteur la manière de M. Pigeaux, en rapportant le passage suivant : « A notre avis, dit-il en parlant de la sphygmique, pour rendre cette étude plus profitable et vraiment philosophique, il ne faudrait pas considérer le pouls dans ses rapports avec l'état de tel ou tel organe, mais bien avec la disposition générale de l'organisme, dont les altérations locales ne nous semblent qu'un épiphénomène ; on n'aurait plus alors de pouls céphalique, de pouls pectoral, gastrique, etc. ; mais on saisirait peut-être les modifications du pouls qui s'observent dans la douleur, dans la surexcitation ou l'affaiblissement de l'influx nerveux, dans l'ataxie ou l'adynamie, dans la pléthore ou l'anémie...... Considéré de ce point de vue, sans doute le pouls ne constituerait pas à lui seul la base du diagnostic, mais il servirait comme d'une pierre de touche délicate et propre à analyser certains éléments de nos maladies, qui échappent souvent à l'appréciation grossière de nos sens..... »

De telles recherches, faites sur une large échelle, concourraient, cela est vrai, à nous sortir du traumatisme anatomique, qui immobilise évidemment la science, après l'avoir sans aucun doute servie. M. Pigeaux marche hardiment dans cette voie, où l'a d'abord conduit la rectitude et l'indépendance de son esprit : qu'il continue à suivre la même ligne, et nous ne doutons pas que ses travaux consciencieux ne finissent par le conduire à d'importants résultats.

Manuel pratique de l'appareil de Marsh, ou *Guide de l'expert toxicologiste dans la recherche de l'antimoine et de l'arsenic*, etc. Par M. Chevalier, *membre de l'Académie royale de médecine*, *et* M. Barse, *pharmacien-chimiste à Riom*.

La statistique a démontré que de tous les agents toxiques les plus em-

ployés soit dans l'empoisonnement, soit dans la mort volontaire, c'est l'arsenic et ses diverses préparations. Depuis longtemps la science était en possession de réactifs sûrs pour constater la présence de ces poisons dans le tube digestif, lorsqu'ils s'y trouvaient en certaine quantité; mais elle était réduite à déplorer son impuissance et à n'émettre que des conjectures fort vagues devant les tribunaux, lorsque les préparations arsenicales ne se rencontraient que dans de très-petites proportions : les travaux de M. Orfila, d'une part, démontrant la présence de l'arsenic dans les tissus animaux après l'empoisonnement par cette substance, et seulement dans ce cas; l'appareil de Marsh, d'un autre côté, développant une sensibilité telle, qu'il accuse les quantités les plus minimes des préparations arsenicales, ont simultanément concouru à dissiper les obscurités qui planaient sur ce point capital de la toxicologie légale. Depuis longues années il ne s'était certainement fait en médecine légale une découverte aussi importante. Le livre que publient aujourd'hui MM. Chevalier et Barse a pour but de populariser cette brillante découverte, et de mettre les médecins à même d'appliquer les enseignements importants qui en découlent. Les conseils les plus judicieux sont prodigués dans cet ouvrage; le médecin qui se sera pénétré des principes qui y sont développés sera à même de remplir vis-à-vis de la justice les missions les plus délicates qui pourront lui être confiées. Nous ne saurions donc trop recommander la méditation d'un tel livre à tous les médecins qui savent toutes les difficultés de la toxicologie, et qui tiennent à honneur d'éclairer la justice, autant que la science le permet, dans les expertises difficiles auxquelles ils sont fréquemment appelés.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Expériences importantes faites par M. Ricord sur lui-même, touchant l'inoculation artificielle de la syphilis. — Dans la séance du 24 octobre 1843, M. Ricord a fait à l'Académie de médecine une communication importante relative à l'inoculation artificielle de la syphilis, et à quelques points de doctrine du plus haut intérêt.

Le 6 octobre dernier, M. Ricord s'est fait une blessure au pouce de la main gauche avec des ciseaux qui, dans une opération pratiquée dans son service, à l'hôpital des Vénériens, étaient souillés du pus fourni par un ulcère syphilitique primitif à la période de progrès. Cette blessure, très-profonde, fut immédiatement suivie d'un travail inflamma-

toire qui alla rapidement en augmentant et qui se manifesta sous forme d'un panaris profond.

Le 14 octobre, un débridement devint nécessaire, et donna issue à du pus sanieux.

Le 18, la plaie suite de l'incision avait pris un mauvais aspect; sa base était simplement œdémateuse, ses bords étaient décollés, renversés, et entourés d'une aréole rouge, érésypélateuse; son fond était grisâtre, recouvert d'une matière pultacée adhérente. Il existait beaucoup de douleur; un sentiment de brûlure et quelque chose d'analogue à l'action d'un caustique. L'ulcération, par son siége, avait donné lieu à une névralgie du nerf médian, partant de toutes ses branches digitales, et venant aboutir au plexus brachial. Jusque-là, malgré les circonstances dans lesquelles la blessure avait eu lieu, il avait été permis d'espérer qu'il s'agissait d'un simple panaris; mais alors on put élever des doutes sur la véritable nature de la maladie, et, en l'absence de signes caractéristiques fournis par l'ulcération elle-même, M. Ricord eut recours, comme *signe pathognomonique*, à l'inoculation artificielle; heureux, comme il l'a dit à l'Académie, de profiter de cet accident pour démontrer sur lui-même la valeur de ce mode de diagnostic dans les cas douteux, et de donner une preuve de ses convictions et de la moralité de ses études et recherches sur ce sujet, que l'Académie des sciences a déjà depuis longtemps récompensées.

Après avoir fait constater l'ulcération du pouce par les nombreux élèves et médecins qui suivent sa clinique, et ses honorables collègues MM. Puche et Vidal (de Cassis), M. Ricord se pratiqua une inoculation sur l'avant-bras gauche. Vingt-quatre heures après, la pustule caractéristique si bien décrite par M. Ricord s'était développée avec l'intensité qui n'appartient qu'aux idiosyncrasies dans lesquelles les chancres doivent affecter la forme phagédénique diphtéritique. Après avoir fait constater la pustule d'inoculation artificielle par les mêmes personnes et par M. le docteur Bégin, membre de l'Académie de médecine, elle fut cautérisée avec la pâte de Vienne.

Pour ceux qui ont étudié sérieusement l'inoculation artificielle de la syphilis comme moyen de diagnostic, il ne pouvait plus rester aucun doute sur la nature de l'ulcère qui avait fourni le pus inoculable. Mais cet ulcère, incontestablement syphilitique, réclamait-il de nécessité un traitement mercuriel? Le sens rigoureux de la réponse que M. Ricord a faite aux membres de l'Académie qui l'ont interrogé à ce sujet, n'a pas été généralement bien compris. Pour M. Ricord, le *chancre induré*, seul indice *certain* de l'infection constitutionnelle, nécessite toujours un traitement mercuriel. Dans les autres formes,

non-seulement il n'est pas toujours convenable, mais au contraire, il peut être parfois nuisible. Le cas dont est actuellement affecté M. Ricord est un de ceux dont on ne peut rien déterminer d'avance, et où il pensait seulement qu'il pourrait peut-être avoir besoin de l'action des mercuriaux comme agent modificateur local; mais cette médication ayant dû être rejetée à cause de la tendance diphtéritique de l'ulcère, *M. Ricord n'y a pas eu recours*, et l'ulcération, *sans traitement mercuriel*, était cicatrisée le 16 novembre. Quant à la cautérisation de la pustule d'inoculation, elle a donné lieu à une eschare sèche, au-dessous de laquelle, comme cela arrive le plus souvent, s'était établie une cicatrice sans suppuration. M. Ricord a montré sur lui-même les avantages de la cautérisation comme méthode abortive, en comparant ce qui a eu lieu pour sa blessure abandonnée d'abord à elle-même, et ce qui est advenu de la pustule immédiatement éteinte par le caustique de Vienne.

Au sujet de son accident récent, M. Ricord rappelle qu'en 1834, à la suite d'une blessure qu'il se fit au médius de la main gauche, en examinant les femmes au spéculum, à l'hôpital des Vénériens, il fut affecté d'un ulcère primitif qui, cette fois, s'indura et fut successivement suivi d'une adénite axillaire indolente qui ne *suppura point*, et consécutivement d'accidents constitutionnels qui exigèrent un traitement mercuriel.

Voici, d'après un grand nombre d'observations recueillies depuis plus de douze années à l'hôpital du Midi, et dans le cadre desquelles rentre sa propre observation, les propositions que M. Ricord croit pouvoir établir :

Pour contracter des accidents primitifs, il n'est pas besoin de prédisposition générale, il ne faut que des conditions locales.

On peut contracter des accidents primitifs aussi souvent qu'on s'y expose dans les conditions voulues.

Pour que des accidents consécutifs et constitutionnels aient lieu, il faut un état idiosyncrasique, une prédisposition, un élément analogue à celui en vertu duquel se développe la petite vérole. Cette prédisposition, dont le premier indice est l'induration du chancre, peut toujours manquer chez quelques individus privilégiés, ou n'exister qu'à certaines époques, comme cela a lieu dans la variole. Ainsi on voit des malades avoir une première fois des chancres non indurés sans accidents généraux, plus tard des chancres qui s'indurent, et qui sont suivis de phénomènes constitutionnels, plus tard encore, avoir de nouveaux chancres qui alors ne s'indurent plus.

Une fois la diathèse syphilitique acquise, ou l'élément en vertu du-

quel elle s'établit détruit, elle ne se reproduit pas. Il n'y a pas de syphilis double, triple. La syphilis constitutionnelle n'est donc pas une cause prédisposante à une nouvelle infection; au contraire, mais dans un sens. Les exceptions à cette dernière loi sont aussi rares que celles qu'on trouve à la loi reconnue, et qui veut que la vaccine préserve le plus souvent de la variole, et qu'on n'ait cette dernière maladie ordinairement qu'une seule fois.

Pour arriver à constater cette loi, il faut bien distinguer les accidents primitifs virulents de ceux qui ne le sont pas; ne pas confondre les accidents primitifs avec les secondaires, comme le font tant de personnes; bien reconnaître le temps d'apparition des divers symptômes, leur ordre naturel de succession, leur répétition possible sous l'influence d'une même diathèse, et les influences du traitement qui ont pu en retarder la manifestation, détruire quelques chaînons, intervertir un peu leur marche, ou les empêcher plus ou moins complétement de se montrer.

Kyste hydatique du foie vidé au moyen de la potasse caustique et du bistouri. — C'est une tentative hardie, mais qui a réussi un certain nombre de fois entre les mains habiles de M. Récamier, que celle qui consiste à pénétrer dans le parenchyme même du foie pour ouvrir une issue, soit à une collection purulente qui s'y est formée, soit aux liquides et aux débris contenus dans un kyste qui s'est développé dans cet organe. Les faits de cette nature sont trop rares pour que nous ne signalions pas à nos lecteurs celui que nous avons été à même d'observer à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Robert.

Un garçon boucher, Léonard Thérembe, âgé d'une trentaine d'années, est couché au nº 25 de la salle Saint-Vincent de Paul, à l'hôpital Beaujon. Il venait de passer trois mois dans le même hôpital, dans le service de M. Laugier, pour une tuméfaction considérable d'abord douloureuse, puis indolente de l'hypocondre droit, pour laquelle on lui avait appliqué bon nombre de sangsues et puis un certain nombre de cautères sur la région malade. A l'arrivée du sujet dans son service, M. Robert constate l'état suivant : tuméfaction uniforme non circonscrite de l'hypocondre droit, surtout au niveau des dernières vraies côtes, sans changement de couleur de la peau, ni douleur, soit à la percussion, soit à la palpation; le foie dépasse de trois centimètres le bord des dernières fausses-côtes; la matité de la région hépatique s'étend verticalement depuis la partie moyenne du cartilage

de la cinquième côte jusqu'à une ligne horizontale passant à six centimètres au-dessus de l'ombilic. Dans le sens transversal et à gauche, le foie ne paraît pas dépasser ses limites naturelles; à droite, la matité paraît augmentée sans qu'on puisse préciser là où elle finit. Toutes les fonctions sont en bon état; il n'y a pas eu et il n'y a pas d'ictère; il n'y a ni bruit particulier ni frémissement dans la tumeur.

Après avoir discuté le diagnostic de cette tumeur, M. Robert s'arrêta à l'opinion qu'il y avait dans le foie une collection pathologique. En conséquence il pratiqua, dans la région la plus rénitente, une ponction exploratrice avec un trocart très-fin. Cette ponction, qui ne pénétra tout au plus qu'à trois centimètres de profondeur, donna lieu à l'évacuation par la canule de 130 grammes d'un liquide tout à fait semblable à de l'eau et d'une saveur salée. Évidemment il y avait là un kyste considérable. La petite plaie fut recouverte d'un morceau de sparadrap maintenu par des compresses graduées et un bandage de corps.

Cette tentative détermina de la fièvre, des vomissements, une sensibilité exquise du ventre. Il fallut faire une application de 20 sangsues et employer pendant quelques jours des cataplasmes émollients. Lorsque l'orage fut calmé, M. Robert s'occupa d'attaquer plus directement le mal. Un morceau de potasse caustique fut appliqué sur le point le plus élevé de la tumeur, et le lendemain l'escharc ayant été fendue, on fit une seconde application du caustique au fond de l'incision. A trois jours d'intervalle chaque fois, on répéta, quatre fois encore et de la même manière, l'emploi de la potasse caustique sans s'arrêter jusque-là devant la douleur locale ni devant la réaction générale. Les cataplasmes et la diète furent les seuls moyens qu'on y opposa. A partir de cette sixième application de la potasse, les accidents deviennent plus sérieux; la tumeur est le siége d'une douleur vive et constante; elle augmente de volume. Il y a de l'insomnie, de la fièvre, des vomissements fréquents. Des sangsues à l'épigastre et des ventouses scarifiées aux lombes sont nécessaires. Malgré ces moyens et les cataplasmes, au huitième jour depuis la dernière application du caustique, il n'y a pas d'amélioration. L'hypocondre continue à être tendu et douloureux : fièvre, nausées, diarrhée. C'est ce jour-là et dans cet état qu'un bistouri est enfoncé dans la tumeur à travers l'eschare. Il s'écoule par jet un litre d'une sérosité trouble, jaunâtre, extrêmement fétide et sanguinolente à la fois. La tumeur s'affaisse, une réaction assez vive a lieu; mais le malade se trouve soulagé. Chaque jour, à travers la mèche qu'on introduit dans la plaie, et qu'on recouvre de cataplasmes, il s'écoule une sérosité abondante et fétide qui mouille les pièces d'appareil et le lit. L'hypocondre s'affaisse de plus en plus, mais l'état général du sujet est mauvais;

il y a des sueurs et de la diarrhée. On met une sonde en gomme élastique dans le kyste, et l'on évacue la sérosité, d'abord transparente, puis verdâtre, enfin semblable à de la bouillie jaune. Pour éviter la résorption purulente, à l'exemple de M Récamier, on injecte plusieurs fois par jour de l'eau tiède dans le kyste, et on lave son intérieur à grande eau. L'on panse toujours avec la mèche, les cataplasmes et le bandage de corps, et l'on donne du bouillon. Ce moyen a de bons résultats, les accidents généraux diminuent, la fièvre tombe.

Jusque-là il n'avait point été donné issue à des hydatides. M. Robert introduit dans le kyste une sonde assez volumineuse en gomme élastique, et au moyen d'une seringue qui y est adaptée, il pompe le liquide contenu dans la poche. Cette manœuvre fait engager dans la sonde des hydatides, ce que l'on reconnaît au défaut d'aspiration de la seringue. On retire la sonde que l'on vide, et l'on recommence à plusieurs reprises. C'est ainsi qu'on parvient à retirer des vingtaines d'hydatides pendant plusieurs jours, à chaque séance ; on obtient même la sortie d'une membrane opaque blanche et molle, grande comme la main. L'on continue du reste le lavage du kyste à grande eau tiède, au moyen des injections. Le liquide qui sort par une sonde laissée à demeure est toujours infect. Bientôt le kyste revient sur lui-même, et la saillie des côtes suit le retrait de sa cavité morbide. L'amélioration de l'état général est notable. On ajoute un peu de chlorure de sodium et de décoction de quinquina à l'injection. Il n'y a plus de douleurs, l'appétit et le sommeil renaissent. Le liquide excrété perd chaque jour de son odeur ; il change de nature, et il renferme une assez grande quantité de pus. Le malade se lève et mange avec plaisir ; la marche est favorable à l'évacuation du pus qui coule par la sonde. La tumeur a disparu, et les côtes sont affaissées. Le 30 avril 1843, trois mois juste après la première application de la potasse, ce malade a repris ses forces et son embonpoint ; le kyste est affaissé, la sonde est inutile ainsi que les injections : on les supprime. Il ne reste qu'un trajet fistuleux qui a 14 centimètres de profondeur et oblique de bas en haut et de gauche à droite, trajet par lequel il s'écoule une petite quantité de pus. Le pansement consiste en une mèche de charpie et un plumasseau de cérat. Toutes les fonctions se font bien.

M. Robert, voyant, au bout de quarante jours, que ce trajet fistuleux ne faisait aucun pas vers la guérison, voulut tenter d'en obtenir l'oblitération au moyen d'une injection de teinture d'iode fortement étendue d'eau. Cette tentative ne fut pas heureuse. L'inflammation fut vive, la fièvre s'alluma, une suppuration sanguinolente se fit jour au dehors, et, ce qui n'avait pas été observé depuis le commencement de

la maladie, l'ictère se manifesta. Il fallut dix jours de soins, le retour aux cataplasmes, aux injections émollientes et chlorurées, pour ramener le malade à son état antérieur. Ce sujet est du reste, en ce moment, dans un état général parfait; il s'écoule du pus, mais en petite quantité, par l'orifice de la fistule. — Guérira-t-il de cette incommodité? c'est probable; car quoique cette fistule se resserre très-lentement, elle se resserre néanmoins. Au demeurant, Léonard est encore dans les salles; M. Robert se propose de le présenter à l'Académie lorsqu'il aura obtenu la guérison complète qu'il espère.

Épanchement hématique dans la bourse muqueuse anté-rotulienne. — Guérison par la ponction et l'injection iodée. — Dupont (Philippe), âgé de dix-neuf ans, peintre en bâtiments, d'une bonne constitution, d'un tempérament sanguin, est entré à la clinique chirurgicale de la Charité pour une tumeur qu'il portait au-devant du genou droit, et de la présence de laquelle il s'était pour la première fois aperçu huit jours auparavant. Elle ne lui causait aucune douleur, mais il lui semblait qu'elle augmentait de volume. On constate l'état suivant: au-devant de la rotule droite il existe une tumeur commençant au bord supérieur de l'os, et s'étendant jusque vers l'extrémité inférieure du ligament rotulien. Elle est hémisphérique, un peu aplatie, du volume d'un gros œuf d'oie lorsqu'on la comprime par les côtés; elle est fluctuante, élastique, mobile sur l'os sous-jacent; vers sa partie inférieure elle présente une légère coloration rouge violacé. Par la pression on ne trouve point de crépitation hématique. Ce jeune homme n'a point reçu de coup, n'a point fait de chute sur le genou, mais par état il est quelquefois obligé de se mettre à genoux. — Au premier examen, on pouvait croire que cette tumeur était un hygroma, une véritable hydropisie de la bourse muqueuse anté-rotulienne; mais M. Velpeau aunonça que les probabilités lui paraissaient être pour l'existence d'un liquide séro-sanguinolent. En effet, les compresses trempées d'hydrochlorate d'ammoniaque, et maintenues pendant trois jours sur l'articulation, n'ayant amené aucune modification, M. Velpeau fit la ponction de la tumeur au moyen du trocart. Il s'écoula un demi-verre de liquide tout à fait semblable à du sang veineux; puis l'injection iodée fut pratiquée exactement comme pour l'hydrocèle; c'est-à-dire que le liquide, composé d'un tiers de teinture d'iode et deux tiers d'eau, injecté de manière à remplir et non à distendre la poche, y fut agité quelques instants, puis évacué *presque en totalité*. L'injection ne fut point douloureuse, et le malade fut reporté

dans son lit avec un simple bandage roulé autour du genou. On put remarquer que la poche avait été extrêmement dure à percer, et qu'il fallut aussi employer beaucoup de force pour retirer la canule, ce qui montre la nécessité de l'élan pour la ponction. — Pendant la nuit le malade ressentit une brûlure vive dans le genou, mais elle cessa au bout de peu de temps pour ne plus reparaître. Trois jours après l'opération, la tumeur s'était reformée, sans avoir acquis cependant le même volume qu'auparavant; mais elle présentait une rougeur vive, point de douleur, et peu de sensibilité, même à la pression. Le cinquième jour, la résolution commença à se faire (compresses d'eau blanche), et huit jours après, à la sortie du malade, elle était presque complète. Le bord supérieur de la rotule se sentait immédiatement sous la peau, qui avait repris sa teinte normale, et ce qui restait de la tumeur était mou et légèrement empâté.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL (*Observation d'*). Les cas de ce genre ne sont pas tellement communs qu'on ne doive plus en recueillir l'histoire. Par cela même, d'ailleurs, que cette pratique a soulevé des objections graves de la part de quelques accoucheurs recommandables, il est utile de rapporter surtout les faits qui ont été couronnés de succès pour la mère et pour l'enfant.

Constance S....., âgée de 31 ans, rachitique, primipare, entra à l'hospice de la Maternité le 20 juin 1843. Sa hauteur totale est de 3 pieds 8 pouces. Incurvation considérable de la colonne dorsale en arrière et à droite; région lombaire légèrement déviée à gauche, inclinaison du bassin dans le même sens. Le ventre proémine fortement en avant. Le fémur gauche est arqué en dehors, le tibia, correspondant en dedans; toute cette extrémité se trouve amaigrie et raccourcie de trois pouces environ. Cette femme avait eu pour la dernière fois ses règles vers le mois d'octobre passé. S'étant exposée immédiatement après à devenir enceinte, elle ne les avait plus revues depuis lors. Bientôt les signes de la grossesse devinrent évidents. Cependant, point d'indications précises sur le temps où les premiers mouvements du fœtus se sont fait sentir.

En appliquant l'oreille sur la partie antérieure et droite de l'abdomen on entend parfaitement les pulsations du cœur du fœtus. Le fond de la matrice occupe toute la région épigastrique. Le col, légèrement entr'ouvert, offre encore un peu de longueur. Une mucosité épaisse, brunâtre, mouille l'intérieur du vagin. L'examen des organes, joint à l'aveu de la femme, fait supposer qu'elle est enceinte de huit mois écoulés.

Le bassin, exploré avec attention, n'offre point de difformité bien évidente au détroit inférieur ni dans l'excavation; seulement la paroi cotyloïdienne droite paraît un peu rentrée. M. le docteur Vanhuefel procède à la mensuration avec son pelvimètre géométrique, et trouve :

Au détroit inférieur : pour diamètre transversal, 4 pouces; pour diamètre antéro-postérieur, 3 1/2.

Au détroit supérieur : pour diamètre sacro-pubien, 2 pouces; pour diamètre sacro-cotyloïdien gauche, 2 pouces 10 lignes; pour diamètre sacro-cotyloïdien droit, 2 pouces 8 lignes.

Il est évident qu'un fœtus à terme et de volume ordinaire n'aurait pu passer à travers ce bassin rétréci qu'avec beaucoup d'efforts et de grandes difficultés. C'est pourquoi M. Vanhuefel proposa l'accouchement

prématuré artificiel. Cet avis fut partagé par M. le professeur Seutin, appelé en consultation. — La femme consentit à l'opération. C'est par la méthode de Kluge, au moyen de l'éponge préparée à la ficelle, qu'on la pratiqua.

Le 22 juin, vers neuf heures du matin, le premier cône, muni d'un cordonnet, fut introduit dans le col de la matrice à travers un spéculum. Une éponge ordinaire fut poussée dans le vagin. Le soir, celle-ci étant sortie, l'on retira par la ficelle le cône placé dans le col. Une petite quantité de sang s'en écoula, écoulement dû à l'emploi d'une éponge sèche, qui s'introduit difficilement, irrite la muqueuse et finit par y adhérer d'une manière intime. On a enduit les autres d'un mélange fait avec une partie de cire et deux ou trois d'axonge, qu'on appliqua, à demi-figé, sur la surface de l'éponge, pour empêcher que, plus liquide, il ne pénétrât dans les porosités de ce corps et ne s'opposât ensuite à sa dilatation. Une seconde éponge est de nouveau mise dans le col.

Le lendemain matin, 23 juin, on prescrit à la femme un bain général et on lui fait quelques injections dans le vagin. L'éponge est retirée sans difficulté. Une troisième, plus grosse que les premières, entra facilement dans l'orifice. Pendant la journée, de légères douleurs utérines se font sentir. Le soir, l'éponge est remplacée par un autre cône plus gros encore. Les contractions deviennent de plus en plus fortes.

Vers une heure du matin (24 juin), les eaux s'écoulent et l'éponge est entraînée par le flot du liquide. Le toucher, pratiqué immédiatement, fit trouver le col de l'utérus ouvert comme une pièce de 2 fr. et reconnaître une seconde position du sommet. Les douleurs devenant de plus en plus rapprochées et plus intenses, on abandonna le travail à la nature. Il dura toute la journée suivante. Dans la soirée, la tête s'engagea dans le détroit supérieur et pénétra dans l'excavation quelque temps après. Dès ce moment, le travail marcha avec plus de lenteur, bien que la femme secondât énergiquement les contractions utérines. Cependant, la tête descendit peu à peu jusqu'au détroit inférieur et fut expulsée vers minuit; le reste du tronc suivit bientôt après. La matrice revint promptement sur elle-même, la délivrance ne tarda pas à se faire.

L'enfant, du sexe masculin, vivant et bien développé, avait un peu plus de 17 pouces de longueur; les cris étaient assez faibles, les fontanelles et les autres sutures larges et molles, la peau était couverte d'un duvet blanc; la paume des mains et la plante des pieds offraient une teinte rouge bleuâtre; les ongles n'allaient pas jusqu'au bout de leurs doigts, surtout aux pieds; les testicules étaient dans le scrotum.

Mesurée immédiatement après la naissance, la tête présentait : pour diamètre bi-pariétal, 3 pouces 1 ligne; pour diamètre bi-zygomatique, 2 pouces 9 lignes; pour diamètre occipito-frontal, 4 pouces 3 lignes; pour diamètre occipito-bregmal, 3 pouces 4 lignes.

Les couches de cette femme furent des plus heureuses, jamais aucun symptôme de métrite ne s'est manifesté. Le quatrième jour, légère fièvre de lait sans importance; elle se leva le sixième, et quitta la Maternité le dixième jour en parfaite santé.

L'enfant, après quelques accidents gastriques provenant d'un mauvais lait, s'est parfaitement remis avec une bonne nourriture et se porte aujourd'hui on ne peut mieux. (*Annales de gynécologie et de pédiatrie*, 1843.)

CONJONCTIVITES (*Emploi du nitrate d'argent dans les*). Dans une des dernières séances de l'Académie de médecine, M. Velpeau, rendant compte d'un travail de M. Delassiauve sur l'emploi du nitrate d'argent dans la conjonctivite, a saisi l'occasion d'exposer les conclusions auxquelles son expérience personnelle l'a conduit.

On se rappelle, dit le savant académicien, que M. Delassiauve vint communiquer dans le temps, à l'Académie, la relation d'une série d'expériences qu'il avait faites sur les animaux, et d'observations sur l'homme, dans le but d'apprécier l'action du nitrate d'argent sur la conjonctive. Ces expériences, dont l'idée avait été inspirée à l'auteur par l'usage extrêmement fréquent que l'on fait depuis un certain temps du nitrate d'argent dans le traitement des ophthalmies et par la connaissance des accidents graves qui en ont été la suite, l'ont porté à reconnaître que l'emploi de ce causti-

que est en effet fréquemment accompagné de graves dangers.

M. Delasiauve concluait de ses expériences que le nitrate d'argent ne doit être employé qu'avec une extrême prudence contre les ophthalmies, et que les fortes doses de ce médicament doivent être bannies de la thérapeutique. Il condamne spécialement ce moyen dans l'ophthalmie des nouveau-nés, ce en quoi il se croit d'autant plus fondé, qu'il a remarqué, dit-il, que ces ophthalmies cèdent en général aux moyens les plus simples.

M. Velpeau, qui a été à même d'expérimenter, un grand nombre de fois, cet agent thérapeutique, saisit cette occasion pour exposer à l'Académie les résultats de sa pratique sur ce point. Après avoir longuement examiné ce sujet, sous les divers points de vue des différentes maladies de l'œil qui réclament ou repoussent l'usage de ce moyen, des doses et des modes d'administration sous lesquels il convient de l'administrer, M. Velpeau résume son opinion sur les points principaux de cette question par les conclusions générales suivantes :

1° Le nitrate d'argent est le meilleur topique que l'on puisse employer dans un grand nombre de maladies aiguës et chroniques de l'œil.

2° Dans les blépharites *de nature diverse*, c'est *sous forme de pommade* que le nitrate d'argent doit être employé.

3° Dans les *inflammations des paupières*, c'est *sous forme solide* que l'on retire les plus grands avantages du nitrate d'argent.

4° Pour les *conjonctivites*, au contraire, c'est *sous forme de collyre* que son emploi est préférable.

5° Pour les conjonctivites légères, une solution de 5 à 15 centigrammes de nitrate d'argent dans 30 grammes d'eau suffit en général.

6° Dans les conjonctivites purulentes, la dose peut être élevée de 1 à 2 grammes pour 30 gr. d'eau.

7° L'emploi du crayon de nitrate d'argent peut aussi donner de bons résultats, mais ce moyen est dangereux.

8° Il est toujours très-avantageux, dans le traitement des ophthalmies, de diminuer et d'augmenter alternativement les doses de nitrate d'argent. (*Bull. de l'Acad. de méd.*, octobre 1843.)

COPAHU (*Formule pour la préparation des dragées de*). M. Fortin, pharmacien, emploie la formule suivante pour la préparation de ses dragées de copahu :

Pr. copahu pur 30 grammes,
magnésie calcinée, 1 gram. 20 cent.

On en forme un mélange exact qui, au bout de vingt-quatre heures, peut être divisé en soixante-douze parties que l'on roule entre les doigts; on les recouvre de gomme et de sucre. Pour cela, on prépare : 1° une eau de gomme arabique contenant le tiers de son poids de gomme; 2° du sucre en poudre. Pour procéder, on met les pilules de copahu dans une bassine étamée, de forme ronde; on verse un peu d'eau de gomme pour humecter, on ajoute du sucre en poudre, puis on remue la bassine en tous sens pour recouvrir de sucre toutes les parties des pilules ; on réitère trois fois la même opération, puis on porte à l'étuve chauffée à 25 degrés après avoir disposé les dragées sur un tamis de crin. — Lorsqu'on veut enrober les pilules, la bassine doit être chauffée à une température de 15 degrés. (*Journ. de pharm.*, novembre 1843.)

CUIVRE (*Sur la santé des ouvriers qui travaillent le*). On sait que les opinions ne sont pas unanimes sur l'influence qu'exerce le cuivre sur la santé des ouvriers qui le travaillent; les uns croient cette influence excessivement délétère, les autres la trouvent innocente. Pour s'éclairer sur ce sujet, M. Chevallier a adressé à deux de nos honorables confrères, MM. Piedoye et Baudry, qui habitent Villedieu-les-Poëles, petite ville du département de la Manche, où l'on travaille le cuivre en grand, une série de questions auxquelles ils ont répondu, et c'est d'après ces réponses que M. Chevallier a publié une note dont nous croyons devoir donner un extrait.

Le nombre des ouvriers qui travaillent le cuivre à Villedieu est de 311 divisés en trois catégories : 1° les chaudronniers, ne travaillant guère que le cuivre rouge, et au nombre de 160; 2° les fondeurs, au nombre de 73; 3° les poëliers, ne travaillant guère que le cuivre jaune, au nombre de 78.

L'apprentissage commence, dans les deux premières classes, à l'âge de 8 à 9 ans, et dans la troisième, l'âge de 15 ans. L'apprenti ouvrier

des première et deuxième catégories n'est sujet à aucun inconvénient déterminé par la profession; il acquiert le développement des autres hommes de la localité. Il n'en est pas de même pour l'apprenti poêlier, ainsi qu'on le verra plus loin.

La colique métallique est assez rare chez les ouvriers de la première catégorie, un peu moins dans la deuxième, plus commune dans la troisième; elle est aujourd'hui moins fréquente chez les ouvriers, appréciation faite de la diminution de leur nombre.

Cette colique a, dans sa marche, ses symptômes, sa durée, sa terminaison, son traitement, une complète identité avec la colique de plomb. C'est à tort, d'après M. Piedoye, qu'on a donné le dévoiement comme signe caractéristique de la colique de cuivre. Les récidives de la colique de cuivre sont rarement annuelles; elles amènent, à la longue, une paralysie des muscles extenseurs de la main, mais jamais la mort.

Les chaudronniers et les fondeurs ne présentent rien de différent des ouvriers qui, à Paris, par exemple, se livrent à la même industrie; bien plus, la profession de chaudronnier, telle qu'elle est exercée à Villedieu, exige que l'ouvrier prenne des attitudes variées qui doivent favoriser le jeu des organes. Ce développement des organes est tellement remarquable, qu'il y a quelques années, un général, qui assistait à la visite des conscrits, comme membre du conseil de révision, après le tirage, en fut frappé, en comparant les jeunes gens de Villedieu avec ceux des communes rurales environnantes, et assimilait les travaux auxquels ils se livrent à une gymnastique qui favorise le développement du corps.

La profession de poêlier, rangée dans la troisième catégorie, est bien loin d'avoir des résultats aussi avantageux pour l'économie; le genre d'exercices auxquels ces ouvriers sont forcés de se livrer apporte peu à peu des changements notables dans l'habitude extérieure; mais pour bien apprécier ces changements, il faut dire quelques mots sur la manière dont ils travaillent.

Deux ouvriers sont simultanément employés à la fabrication des poêles et se relèvent alternativement dans leurs fonctions. L'un d'eux, *le batteur*, est assis, et tient sur une enclume, avec ses mains et ses genoux, un morceau de cuivre jaune qu'il dirige convenablement sous les coups du marteau; l'autre ouvrier, *le troussieur*, est debout en face de son compagnon; il a les jambes écartées, et tient à deux mains un marteau d'un poids qui varie entre 5 et 6 kilog.; il frappe à coups redoublés sur le métal, en imprimant au tronc un mouvement alternatif d'élévation et d'abaissement.

La première position, celle du batteur, entraîne les genoux en dedans, courbe l'épine dorsale, et donne lieu à une inclinaison de la tête sur le côté gauche; la deuxième position, celle du troussieur, détermine un ballottement continuel du ventre, que M. Piedoye considère comme la cause la plus déterminante des coliques.

La position des troussieurs accroît aussi le développement des muscles dorso-lombaires et huméro-scapulaires; voûte le haut du corps, amène une rétraction considérable des tendons des doigts, notamment de l'annulaire et du petit doigt, courbe le carpe et le métacarpe dans le sens de la flexion, maintient l'avant-bras dans une semi-pronation, donne de la raideur à l'articulation du coude et rend incomplets les mouvements d'extension du membre.

Chez ces ouvriers, les impressions sont peu nombreuses, toujours identiques; aussi, l'intelligence subit l'influence du cercle borné de leurs idées.

Les cheveux, et surtout ceux à *teintes claires*, prennent un ton verdâtre. Le tartre des dents présente la même coloration.

Le bruit auquel sont exposés ces ouvriers amène promptement la dureté de l'ouïe, leur donne l'habitude d'élever la voix, accentue fortement la prononciation, exagère les gestes. Chez ces ouvriers, la vieillesse est anticipée, sans qu'on puisse dire cependant que leur travail abrége la durée de la vie. L'apprenti poêlier serait certainement arrêté dans son développement, si avant 18 ans il employait la moitié de sa journée aux fonctions de troussieur.

Les ouvriers chaudronniers, quand ils sont atteints de la colique de cuivre, en sont violemment affectés; ces ouvriers travaillent jusqu'à 60 ans. Au moment où les renseignements furent pris, 7 sur 160 ouvriers avaient des difformités aux mains. Les fondeurs sont plus exposés aux maladies

que les chaudronniers, et travaillent moins longtemps qu'eux. Les poêliers sont peu sujets aux coliques métalliques : sur 78, il n'y en a pas deux par an qui soient atteints de cette maladie; ils vivent très-vieux et travaillent jusqu'à 60 ans.

La peau des ouvriers qui travaillent le cuivre ne diffère en rien de celle des autres ouvriers. Il n'a pas été fait de recherches chimiques. (*Ann. d'hyg. et de méd. lég.*, octobre 1843.)

EPISTAXIS (*Nouveau moyen hémostatique contre l'*). Le tamponnement des fosses nasales est souvent le seul moyen d'arrêter certaines épistaxis inquiétantes. On a, comme on sait, le tamponnement antéro-postérieur à la Belloc; mais ce procédé ne convient que dans les cas extrêmes et lorsque le tamponnement par les narines n'a pas suffi. C'est sur la matière employée par M. le docteur Morand, de Tours, pour la confection du tampon, que nous voulons appeler l'attention; car elle nous paraît préférable à la charpie dont se servaient Pelletan et Abernetty, et même à l'éponge préparée, récemment vantée dans ces cas, par M. le docteur Calvy, de Toulon : cette substance, c'est l'amadou. On prépare le tampon, que M. Morand appelle hémostatique, en roulant un morceau d'amadou de manière à lui donner la forme d'un cône allongé, dont le volume doit être en rapport avec la cavité nasale qu'il doit occuper ; on maintient cet amadou en forme de cône en l'entourant d'un fil dont les tours doivent être assez lâches et placés à une assez grande distance les uns des autres pour ne pas empêcher le gonflement de l'agaric. Cela fait, on le graisse avec du beurre ou du suif et on l'introduit dans la narine par son extrémité conique. On pousse alors en tournant, sans trop presser, et l'on fait pénétrer le tampon aussi avant que possible de manière à occuper toute la capacité de la fosse nasale. On le retient en place au moyen d'une bandelette de taffetas d'Angleterre ou de sparadrap qui, passant sous la narine, vient se fixer sur les côtés du nez.

Au bout de quelques instants, l'amadou, s'imprégnant de sang et de mucosités, se gonfle jusque dans les anfractuosités des fosses nasales; il agit dès lors comme moyen compressif sur les orifices des vaisseaux capillaires, détermine le gonflement de la membrane muqueuse, le resserrement des tissus et par suite la cessation sans retour de l'hémorrhagie.

M. Morand emploie depuis 1824 son tampon hémostatique à l'agaric; il en a particulièrement constaté les avantages chez les enfants. Il rapporte quelques observations parmi le grand nombre qu'il a recueillies depuis cette époque. Toujours au bout de quatre ou cinq minutes, l'épistaxis, quelle que soit sa violence, s'est arrêtée. Plusieurs de ses confrères de Tours, parmi lesquels il cite MM. les docteurs Thomas et Anglada, ont pu apprécier l'efficacité de son moyen.

L'éponge préparée a, il est vrai, comme l'agaric, l'avantage de se gonfler dans l'intérieur des fosses nasales, mais elle a des inconvénients qui doivent lui faire préférer l'amadou. Ce dernier est d'un tissu plus doux, son contact avec la muqueuse est moins irritant, il ne se gonfle pas outre mesure comme l'éponge : on peut toujours extraire le tampon au bout de vingt-quatre heures; de plus, l'amadou se trouve partout et l'on peut en faire un rouleau instantanément. (*Recueil des travaux de la Soc. médic. d'Indre-et-Loire*, 2me *trim. de* 1843.)

FISSURES A L'ANUS (*D'un nouveau mode de traitement des) sans opération.* « Ce serait rendre un véritable service à l'humanité que de découvrir un moyen thérapeutique capable de guérir la fissure à l'anus sans opération. » Ces paroles, que nous extrayons des leçons orales de Dupuytren, ont été pour plusieurs un encouragement à rechercher le but si désirable que cet illustre chirurgien proposait ainsi aux efforts de tous et qu'il a lui-même atteint dans plusieurs circonstances, à l'aide d'un moyen thérapeutique qui a réussi assez souvent dans les mains de son auteur pour qu'on en tente plus fréquemment l'usage avant de se décider à l'opération. Ce moyen, indiqué par Dupuytren, consiste à graisser une mèche d'un volume médiocre avec la pommade suivante et à l'introduire graduellement plus volumineuse dans le rectum.

Axonge,	24 grammes.
Extrait de belladone,	4 gram.
Acétate de plomb,	4 gram.

Mais ce traitement, qui a pour

base la dilatation lente par un procédé mécanique associé à l'action toute spéciale et bien connue de la belladone sur le tissu musculaire, est loin de réussir constamment. Royer dit qu'il n'a obtenu aucun succès de la dilatation, et M. Cazenave, auteur du mémoire que nous analysons, ne paraît pas avoir été plus heureux. « J'ai, dit-il, essayé cinq fois de la dilatation, et cinq fois j'ai vu la constriction des sphincters s'augmenter et l'irritation et la douleur devenir insupportables. » Dans ces derniers temps, et toujours en vue de soustraire les malades aux chances d'une opération, MM. Bretonneau, de Tours, et le professeur Trousseau, ont appliqué avec succès le ratanhia et le monésia au traitement des fissures à l'anus; mais, il faut bien le dire, ces succès, qui avaient signalé l'avénement de ce nouveau mode thérapeutique, ne se sont guère renouvelés depuis, et M. Cazenave, de Bordeaux, assure que personnellement il a éprouvé de nombreux mécomptes touchant le traitement de la fissure par le ratanhia et le monésia; qu'il s'est toujours fait un devoir de recourir à ces deux médicaments chez tous ses clients avant d'en venir à l'opération, et qu'il n'a pas obtenu une seule guérison : à peine si deux de ses malades, porteurs de fissures légères au-dessus du sphincter, ont éprouvé quelque amendement.

C'est donc après avoir constaté l'insuffisance des moyens conseillés pour guérir les fissures anales sans l'intervention du fer qui devrait toujours être l'*ultima ratio* de la chirurgie que M. Cazenave a voulu, lui aussi, s'engager dans la voie indiquée par Dupuytren, et déjà fécondée, comme nous l'avons dit en commençant, par les travaux de cet habile praticien. La nouvelle méthode que nous avons à examiner repose sur l'observation rigoureuse de deux indications qui, bien remplies, doivent en assurer le succès. La première consiste à rendre la défécation facile par l'usage des lavements, des minoratifs et des boissons délayantes; l'expérience de chaque jour ayant démontré tous les inconvénients de la constipation qui entretient et souvent aggrave la fissure par les efforts violents qu'elle nécessite lors de l'expulsion des matières fécales, tandis que si les malades peuvent n'aller que très-rarement à la selle, ou s'ils parviennent à ne rendre que des matières liquides, les parties malades ne se trouvent plus froissées au passage, et il en résulte un avantage incontestable. Pour atteindre ce but, l'auteur s'est livré, sur trois individus, à une série d'expériences tendant à établir jusqu'à quel point on pourrait diminuer l'alimentation ordinaire sans préjudice, bien entendu, pour la santé générale, et à constater le rapport qu'il y aurait entre cette diminution des aliments et le nombre des selles dans un temps donné; puis, étendant le champ de ses observations, M. Cazenave a recherché les substances alimentaires qui, plus abondamment pourvues que d'autres d'éléments nutritifs, laisseraient un résidu moins solide et moins copieux; or ces recherches l'ont conduit à user des moyens suivants : 1° régime composé de fécule (le riz surtout), de lait, de bouillies, de pain très-blanc et bien fermenté, bien cuit, de végétaux herbacés dont il diminue graduellement la dose; 2° minoratifs tous les deux jours, et, au besoin, les purgatifs salins; 3° deux fois par jour, des quarts de lavements huileux et portés le plus haut possible à l'aide d'une longue canule; 4° injections anales avec une solution d'opium, de belladone ou de jusquiame, afin de tenir habituellement le sphincter relâché. Quant à la seconde indication, que nous avons dit servir de base à la méthode thérapeutique de M. Cazenave, c'est tout simplement d'empêcher le contact des matières fécales avec les plis de la membrane muqueuse et la fissure; et, à cet effet, il a imaginé un appareil dont il nous donne la description. Cet appareil se compose d'un cercle en baleine arrondie, très-flexible, s'enroulant sur un très-petit mandrin à tête. Cette baleine doit être matelassée avec un peu de linge fin ou de charpie et recouverte ensuite d'une enveloppe en taffetas ciré ayant huit travers de doigt de long. Baleine et mandrin étant bien graissés avec du cérat, on introduit le tout dans le rectum : l'anus ainsi que l'intestin auront dû être préalablement dilatés par une injection opiacée si le sphincter est spasmodiquement contracté. Quand la baleine est parvenue au-dessus du sphincter et au niveau de l'évasement inférieur du rectum, son élasticité la fait se dérouler, former un cercle ayant les dimensions obligées de la partie la

plus inférieure du rectum ; cela fait, on arrange le taffetas ciré qui doit franchir le sphincter et dépasser l'anus d'au moins quatre travers de doigt. Les principales précautions à prendre pour que cet appareil soit convenablement placé et ne fatigue pas les parties avec lesquelles il est en contact consistent d'abord à ne se servir que d'une petite baleine dont la puissance élastique soit tout juste ce qu'il faut pour ne distendre qu'à peine le cercle formé par la partie inférieure du renflement rectal, et à se procurer un taffetas très-fin qui ne gêne pas l'action du sphincter par sa présence.

« Mon appareil placé comme il vient d'être indiqué, ajoute l'auteur, ne gêne en rien la défécation et protége la membrane muqueuse de l'anus, la fissure et le sphincter du contact des matières fécales, en même temps qu'il s'oppose à ce que les fragments de ces matières, solides ou liquides, séjournent dans les plis de l'anus et sur la fissure elle-même. » Quant au mécanisme de l'appareil pendant la défécation, voici quel il est, au dire de M. Cazenave : le cercle en baleine, étant en rapport avec des parties qui ont 32° de chaleur, devient plus souple, moins élastique, et se prête aux mouvements imperceptibles de la portion du rectum sur laquelle il est arcbouté, et qu'il ne peut ni gêner, ni blesser, ainsi que l'expérience le lui a appris. Le taffetas ciré, qui forme l'entonnoir et qu'on a eu soin d'huiler entre chaque garderobe, cède à la pression des fèces, se déplisse, suit les mouvements du sphincter en le protégeant, et ne gêne en rien la filière dans laquelle, souple et inoffensif, il se plisse sans efforts. Malgré la présence de cet appareil, les malades peuvent prendre des lavements, des injections, se laver, enduire le sphincter et l'anus de pommade opiacée et belladonée. La souplesse acquise par la baleine dans le cloaque rectal fait qu'on peut la saisir avec une pince un peu recourbée ou avec le doigt indicateur en crochet et l'extraire avec la plus grande facilité. — A ces données théoriques, M. Cazenave joint cinq observations de fissures à l'anus guéries par la méthode qu'il propose. (*Bull. méd. de Bordeaux*, novembre 1843.)

FOLIE (*De la prédominance des causes morales dans la génération de la*). La prédominance des causes morales sur les causes physiques dans la génération de la folie est une vérité acquise à la science et appuyée sur des observations méthodiques, exactes et consciencieuses; cependant un académicien, M. Moreau de Jonnès, s'appuyant sur des documents dont la valeur scientifique est fort contestable, a voulu établir le contraire de ce qui est observé par tous les médecins spéciaux, et, suivant la statistique qu'il a dressée et qu'il a présentée à l'Institut, sur **10,111** causes de folie relevées pour les malades observés en **1841**, il trouverait **6,964** cas où la folie dépendrait des causes dites physiques et **3,147** cas seulement où elle devrait être rapportée à des causes morales. La conclusion de M. Moreau de Jonnès est donc que les causes dites physiques sont plus de deux fois plus fréquentes que les causes morales dans la production de la folie.

Il appartenait à un de nos maniographes les plus distingués, à M. Parchappe de Rouen, de montrer à ses collègues des hôpitaux d'aliénés, l'erreur dans laquelle est tombé M. de Jonnès dans sa statistique. En effet, cet académicien a compris parmi les causes dites physiques de la folie, l'idiotie et l'épilepsie, qui entrent dans son tableau, la première pour le chiffre de **2,234** et l'épilepsie pour celui de **1,137**. Or, tout le monde le comprendra, l'idiotie et l'épilepsie sont complétement étrangères à la question étiologique de la prédominance des causes morales ou physiques dans la génération de la folie; ce sont des maladies et non pas des causes.

L'idiotie n'a de commun avec la folie que le trouble morbide des facultés intellectuelles; c'est une maladie congénitale ou au moins contemporaine de la première enfance. Quant à l'épilepsie, elle peut être, il est vrai, une véritable cause d'aliénation mentale; mais habituellement dans les cadres étiologiques, l'épilepsie ne représente autre chose que la maladie elle-même compliquée ou non de folie; dans les tableaux bien faits on ne devrait faire figurer que les cas où cette dernière complication existe.

Il faut donc retrancher les chiffres qui représentent l'idiotie et l'épilepsie; ils indiquent tout uniment la proportion des idiots et des épileptiques dans le nombre total des malades observés, et ne représentent en

aucune manière de véritables causes. Le chiffre de 655 cas correspondant aux mots *irritation excessive*, qui ne signifie rien ou qui signifie une simple prédisposition par suite d'une susceptibilité excessive, et qui, s'il représentait quelque chose, représenterait une cause ou plutôt une prédisposition morale, ce chiffre doit être également rayé. De sorte que le chiffre qui représenterait véritablement dès lors, dans les faits présentés par M. de Jonnès, la somme des causes physiques de la folie serait de 2,938 au lieu de 6,964. Or, la somme des causes morales étant de 3,147, il y aurait pour ces dernières une différence en plus de 209.

Voilà de quelle manière M. Parchappe établit que les faits mêmes publiés par M. Moreau de Jonnès s'accordent réellement avec ceux qui avaient été antérieurement publiés par divers observateurs pour établir cette vérité incontestable, savoir : les causes prédominantes de la folie sont des causes morales. C'est surtout pour avoir, par suite d'une équivoque à laquelle se prête le mot aliénation mentale, confondu des idiots et des épileptiques avec des fous, que M. Moreau de Jonnès s'est trouvé logiquement conduit, d'un point de vue inexact, à une conséquence erronée.

M. Parchappe nous donne, à la suite de cet examen, un tableau fort intéressant des documents relatifs à la question des causes de la folie, et comprenant tous les malades admis, sans distinction, à l'hôpital Saint-Yon de Rouen depuis le 1er janvier 1835 jusqu'au 1er janvier 1843. Nous allons essayer de résumer ce tableau dans ses points les plus importants.

Pendant cette période de huit années, le nombre total des admissions s'est élevé à 1,476 malades atteints d'aliénation, dont 754 hommes et 722 femmes. Sur ce nombre, il y a eu défaut de renseignements dans 285 cas; dans 298 autres, les causes sont notées comme inconnues; enfin, dans 6 cas, la folie a été attribuée au grand âge. Reste donc 887 cas de folie dont la cause a été appréciée. En voici le tableau :

Causes morales. — Dévotion exaltée, 35; scrupules de conscience, remords, 3; — amour contrarié, 42; jalousie, 22; — chagrins domestiques, 96; perte d'une personne aimée, inquiétudes pour la vie, 77; joie à propos d'affection, 3; — revers de fortune, perte d'argent, de place, inquiétudes à propos d'intérêt ou d'argent, 112; vocation contrariée, 10; envie, 3; — amour-propre blessé, 7; atteintes à la réputation, chagrins à propos de diffamation, 11; chagrins à propos de poursuites ou de condamnations judiciaires, 80; — frayeur, impression d'un spectacle pénible, 50; pudeur blessée, 4; colère, 21; inquiétudes pour la santé, chagrin d'infirmité accidentelle, 7; — exaltation politique, 2; nostalgie, 4. Total des causes morales, 533.

Excès. — Excès d'études, de travail intellectuel, veilles, 7; inconduite, libertinage, excès vénériens, 21; — onanisme, 17; abus des boissons alcooliques, 149. Total pour les excès, 194.

Causes organiques. — Idiotie, 38; épilepsie, 42; maladies cérébrales, fébriles ou non fébriles, 12; — maladies aiguës ou chroniques, 11; suppression d'hémorrhagies ou de maladies fluxionnaires, 3; — grossesse, 1; suites de couches, 32; aménorrhée, 10. Total des causes organiques, 149.

Causes externes. — Insolation, 3; chutes sur la tête, 5; action du mercure, 3. Total, 12. (*Ann. médico-psychologiques*, novembre, 1843).

FOLIE (*Note sur la*) *à la suite des fièvres intermittentes*. Sydenham, Boerhaave et quelques auteurs allemands ont depuis longtemps signalé les fièvres intermittentes comme une cause assez fréquente des dérangements de l'intelligence. Cependant les auteurs français se taisent absolument sur cette cause de la folie; on cherche en vain dans les ouvrages de Pinel, d'Esquirol, de Foderé, de Georget et des autres maniographes français quelques détails sur les faits signalés. Sydenham a vu souvent la folie et une espèce particulière de folie survenir à la suite des fièvres intermittentes. Sebastiaan, auquel nous devons un long et important mémoire sur ce sujet, a recueilli et publié un certain nombre d'observations. Ce médecin regarde la folie à la suite des fièvres intermittentes comme assez fréquente. — M. le docteur Baillarger, médecin des aliénés de la Salpêtrière, veut élucider ce point de pathologie. Il se demande comment il se fait que les maniographes français aient gardé le silence à cet égard, s'il est exact que Sy-

denham et Sebastiaan aient bien observé. M. Baillarger publie deux observations, l'une recueillie à Charenton, l'autre à la Salpêtrière, où l'on voit la folie succéder à des fièvres intermittentes ; et, chose remarquable et que Sydenham avait notée, c'est que les deux malades sont tombés dans l'état de stupidité signalée par le médecin anglais.

Les fièvres intermittentes, dit M. Baillarger, peuvent prédisposer à la folie de deux manières : d'abord en agissant comme toutes les affections nerveuses qui impriment un ébranlement, une excitation à l'organisme, mais bien plus et d'une manière plus directe encore peut-être, en produisant l'anémie et la prédominance du système nerveux sur le système circulatoire. Les hydropisies sont, comme on sait, un des accidents consécutifs les plus communs des fièvres intermittentes; or, comme les épanchements séreux se font dans un point ou dans un autre selon la prédominance d'irritation de tel ou tel organe, c'est au cerveau qu'affluera la sérosité chez un sujet aliéné. Il est facile dès lors de s'expliquer pourquoi la folie provoquée par les fièvres intermittentes prolongées dégénère en stupidité; il survient un œdème du cerveau d'où il résulte une compression qui jette le malade dans l'état de stupidité indiqué par Sydenham et rencontré dans les faits rapportés par M. Baillarger. M. Etoc, qui a publié une excellente monographie de la stupidité, a recherché à quelle lésion anatomique cette complication pouvait être rapportée; et dans toutes les autopsies qu'il a faites, il a constamment trouvé une véritable hypertrophie du cerveau produite par l'œdème de la substance cérébrale.

La conséquence pratique de tout ceci, c'est que si la stupidité est dans quelques cas au moins le résultat de l'œdème de la substance cérébrale, on comprend combien les saignées, dans la folie à la suite de fièvres intermittentes, doivent faciliter cette complication en augmentant l'état d'anémie produit par les fièvres; aussi avaient-elles été proscrites par Sydenham dans cette folie pour le traitement de laquelle il recommandait au contraire les toniques.

Du reste, M. Baillarger ne se dissimule pas l'insuffisance des deux observations qu'il produit, pour prouver que les fièvres intermittentes provoquent quelquefois la folie; deux cas isolés n'ont par eux-mêmes, il le sait, aucune importance. Son but est principalement d'appeler l'attention de ses confrères sur ce point de l'étiologie de la folie et de provoquer de nouvelles observations et de nouvelles recherches sur ce sujet. (*Ann. médico-psychologiques*, novembre 1843.)

GRAVELLE PHOSPHATIQUE (*De l'emploi de l'acide benzoïque dans le traitement de la*). Nous n'ajoutons qu'une minime importance à un moyen qu'un médecin anglais, M. Hure, vante comme excellent pour combattre la gravelle phosphatique. Ce moyen, c'est l'acide benzoïque administré à la dose de 50 centigrammes deux fois par jour. Il rapporte dans le *provincial medical Journal* l'observation d'un homme âgé de trente-sept ans, d'une constitution sèche, lequel depuis dix mois avait remarqué dans son urine un dépôt blanchâtre. L'urine était légèrement opaque, d'une teinte jaune-pâle, d'une odeur fortement ammoniacale; elle ramenait au bleu le papier de tournesol rougi par un acide, produisait une vive effervescence par l'addition de quelques gouttes d'acide hydrochlorique, et bientôt après laissait précipiter un dépôt d'un blanc floconneux formé de phosphate et de carbonate de chaux. Du reste, elle n'offrait pas d'acide urique. Le malade était pâle; il se plaignait de lassitude générale et de langueur : il fut mis à l'usage de l'acide benzoïque à la dose de 50 centigr. deux fois par jour, à la rhubarbe à doses apéritives et à un régime substantiel. Dès la première dose, l'urine était devenue acide; après six jours de traitement, l'acide benzoïque fut suspendu, et au bout du mois, l'urine était redevenue alcaline. En vain, on eut recours aux acides, au fer, au quinquina, l'urine resta alcaline et continua à laisser un sédiment de matière blanche et sablonneuse; la reprise de l'acide benzoïque fut suivie du même succès que la première fois. Il y eut, après cela, une série de nouvelles rechutes et de semblables guérisons. Enfin, en dernière analyse, voici la conclusion de l'observation de M. Hure; l'on verra si c'est là une guérison. «L'état général de la santé et l'expression de la physionomie sont meilleurs, et maintenant, ajoute M. Hure, le ma-

lade n'a plus, pour éloigner toute tendance à la formation d'un sédiment calcaire dans son urine, qu'à prendre quelques centigrammes d'acide benzoïque au moment de son coucher.»

— Il sera évident pour tous, que l'acide benzoïque attaque ici un effet et non la cause; il agit sur la qualité de l'urine et lui imprime la propriété acide qui lui est nécessaire pour la dissolution des phosphates. Si le médicament est cessé un certain temps, ceux-ci se précipitent de nouveau.

Dans nos recherches sur la gravelle, nous nous sommes convaincus que la diathèse phosphatique était la pire de toutes, car elle était sous la dépendance d'un appauvrissement profond de la constitution. Les acides peuvent être administrés, dans ces cas, comme palliatifs pour combattre le symptôme et ses conséquences; mais c'est sur une médication générale tonique qu'il faut baser les principales indications. Il est, du reste, un fait capital qu'il ne faut pas oublier, c'est que la précipitation des phosphates de l'urine peut s'opérer dans la vessie sans que cette précipitation soit sous la dépendance d'une disposition générale, d'une diathèse; sans, en un mot, qu'il y ait cette débilitation dont nous venons de parler. Le sédiment phosphatique de l'urine tient, dans ces cas, à une lésion locale, à une altération de la muqueuse de la vessie. L'on conçoit dès lors la différence du traitement à appliquer. Il faut, par tous les moyens convenables, combattre l'irritation de la vessie et quelquefois le catarrhe vésical qui existe.

HÉMORRHAGIES (*Emploi du caoutchouc pour arrêter les*) *produites par les piqûres de sangsues.* Le professeur Berthold, de Gottingen, emploie le moyen suivant, qu'il dit réussir constamment et d'une manière instantanée. On coupe un morceau de caoutchouc d'une ligne d'épaisseur et de cinq lignes de long et de large; on approche l'une des faces de la flamme d'une bougie, de manière à en faire fondre la superficie; on la laisse refroidir; on la frotte doucement alors sur du papier joseph pour rendre cette face égale, et on l'applique sur la piqûre, après avoir eu le soin de comprimer celle-ci pendant quelques instants avec le doigt et d'essuyer le sang. On recouvre le petit morceau de gomme élastique d'une bande de toile de diachylon, et l'on ne lève le petit appareil qu'au bout de plusieurs heures. (*Journal de médecine, et Journal de pharmacie*, novembre 1843.)

MALADIES DES VIEILLARDS (*Etudes cliniques sur les*). La pathologie des vieillards, dit M. Beau, auteur du travail dont nous allons présenter l'analyse, présente des traits tout à fait distincts, et néanmoins elle n'a pas encore été consignée, comme la pathologie des enfants, dans des traités spéciaux d'une certaine étendue. A part quelques mémoires importants publiés dans ces derniers temps, et notamment par MM. Prus, Hourmann et Dechambre, on ne trouve en France aucun ouvrage qui embrasse d'une manière spéciale et complète les maladies de la vieillesse. L'intention de M. Beau n'est pas de combler toutes les lacunes qui existent dans l'histoire de ces maladies, mais seulement de signaler quelques faits pathologiques qui l'ont frappé depuis bientôt deux ans qu'il fait le service à l'infirmerie de l'hospice de la Vieillesse (femmes). Il prévient donc que ses remarques ne sont relatives qu'aux maladies des vieilles femmes; il ignore si les mêmes observations ont été faites sur les vieillards hommes. Il étudie d'abord la pathologie générale des vieillards, et puis leur pathologie spéciale.

Les maladies des vieillards sont le plus souvent compliquées; c'est un fait qu'il faut avoir continuellement à l'esprit si l'on ne veut pas commettre des erreurs graves, surtout dans le pronostic. Les vieillards étant habituellement affectés d'une maladie chronique ou plutôt d'une infirmité, il s'ensuit que les symptômes de cette affection permanente se combinent avec ceux de la maladie intercurrente pour laquelle ils viennent réclamer les secours de l'art.

Les sympathies sont pour ainsi dire éteintes dans la vieillesse; aussi voit-on fréquemment les lésions organiques les plus profondes exister sans donner lieu à des troubles généraux notables. La conséquence pratique de ce fait, c'est que toutes les fois qu'un vieillard présente un dérangement, même léger, dans la santé, il faut rechercher avec soin et persévérance les signes physiques des altérations organiques au moyen de l'auscultation, de la percussion, etc.

Cette indifférence entre les rapports des appareils organiques de l'économie, dans les maladies des vieillards, s'étend jusqu'au caractère. M. Beau a vu souvent, dans son service, des femmes atteintes d'une affection mortelle, conserver jusqu'à leurs derniers instants une gaîté naturelle qu'elles exprimaient par le rire et par des plaisanteries.

Le délire des vieillards diffère beaucoup du délire des adultes; en effet, le délire des adultes s'exprime d'abord par des paroles, et ensuite quand il devient plus intense, il se montre dans les actions; tandis que chez les vieillards, le délire se montre d'abord dans les actions et finit ensuite par les paroles.

L'inflammation des parotides qui se présente comme symptôme des affections fébriles graves est assez rare chez l'adulte, elle l'est beaucoup moins chez les vieillards, et peut se développer dans toute affection fébrile adynamique, soit simple, soit compliquée de lésion organique.

On a dit, avec raison, que la sécheresse de la langue est un symptôme beaucoup plus fréquent chez le vieillard que chez l'adulte; mais ce qu'on n'a pas dit, c'est que quelquefois ce symptôme est à peu près le seul qui constitue ou plutôt qui indique la maladie, et le seul par conséquent qui frappe l'attention du médecin. Cette sécheresse extrême de la langue chez les vieillards tient à un défaut de sécrétion des glandes salivaires ou autres qui sont chargées d'humecter l'intérieur de la bouche.

La sueur est très-peu marquée chez les vieillards, soit comme symptôme critique, soit comme symptôme colliquatif. M. Beau n'a pas encore vu une femme de la Salpêtrière se plaindre de sueur; il n'a jamais vu une chemise mouillée au point d'être changée. Le frisson avec claquement des dents est aussi rare chez les vieillards que le sont les sueurs abondantes.

Les vieillards sont quelquefois affectés de sudamina qui se développent dans les mêmes maladies que chez les adultes, mais ils sont moins nombreux que chez ces derniers.

Les soubresauts des tendons doivent être fort rares chez les vieillards, puisque M. Beau n'en a pas observé une seule fois. Il en est de même des tremblements musculaires et de la carphologie. La pulvérulence des narines s'observe aussi souvent chez les vieillards que chez les adultes.

Les maladies des vieillards changent avec les saisons d'une manière encore plus frappante que celles des adultes. Pendant l'été, il y a d'abord un cinquième environ moins de malades dans les salles que dans l'hiver, et la mortalité est bien moins considérable. Les maladies aiguës de l'été sont constituées presque constamment par des affections dont la base est un embarras gastro-intestinal. Toutes les autres maladies des vieillards s'observent surtout et presque exclusivement dans la saison froide.

Il faut être très-réservé sur le pronostic des maladies des vieillards. En effet, telle maladie qui paraît légère au début se termine mal, et cela dans un court délai; telle autre, au contraire, qui se présente d'abord comme une affection sans ressource, change d'une manière aussi heureuse qu'inespérée.

Passant à la pathologie spéciale, M. Beau fait remarquer après M. Prus que les espèces pathologiques sont bien moins nombreuses chez les vieillards que chez les adultes. Il faut retrancher de leur pathologie les fièvres éruptives, les névroses, le rhumatisme articulaire fébrile, les fièvres intermittentes idiopathiques, les affections aiguës de l'utérus, etc.

Parmi les maladies du tube digestif et de l'abdomen, l'angine gutturale simple est fort rare. Il n'en est pas de même de l'embarras gastrique, qui est la plus fréquente des maladies. Le plus souvent récent, il est quelquefois chronique, fébrile ou non fébrile, ordinairement simple pendant l'été, se compliquant en hiver avec toutes les autres maladies. Sous quelque forme qu'il se présente, il faut, sans hésiter, l'attaquer au moyen de l'ipécacuanha et surtout du tartre stibié. S'il est simple, il ne résiste guère aux évacuations gastriques et alvines provoquées par le moyen précédent. S'il n'est pas simple, la maladie qui le complique est souvent emportée avec lui, ou bien si elle persiste, elle est moins intense et elle résiste moins aux moyens particuliers qui sont dirigés contre elle. M. Beau n'a vu jusqu'à présent aucun accident produit par l'action des émétiques dans les maladies de la vieillesse; bien loin de là, car dans le plus grand nombre des cas il y a eu un brusque amendement ou même une guérison com-

plète après les évacuations provoquées.

La péritonite chronique des vieillards n'est jamais tuberculeuse comme chez l'adulte. Elle est presque toujours liée à l'existence de productions cancéreuses sous-péritonéales. Les symptômes en sont à peu près les mêmes que ceux de la péritonite tuberculeuse.

Dans les maladies de la poitrine, l'inflammation catarrhale de la muqueuse laryngo-bronchique est une affection extrêmement fréquente. Mais les trois variétés qu'elle présente se montrent dans un ordre exactement inverse de celui qui s'observe chez l'adulte. Ainsi, le catarrhe supérieur ou laryngé, si fréquent chez l'adulte, est extrêmement rare chez le vieillard. Le catarrhe trachéal ou moyen est beaucoup moins rare. Le catarrhe bronchique ou inférieur, l'asthme, l'emphysème est la variété la plus commune chez les vieillards. Pendant l'hiver, il affecte environ la moitié des malades de l'infirmerie de la Salpêtrière. Quel qu'en soit le siége, le catarrhe se complique très-souvent avec d'autres maladies, et le plus ordinairement avec l'embarras gastrique.

Ce travail intéressant n'est pas terminé; nous y reviendrons. (*Journal de Médecine*, octobre 1843.)

MONOMANIE HYPOCONDRIAQUE. *Douleurs attribuées à l'existence d'araignées dans l'estomac et guéries par des incisions faites dans le but apparent d'extraire ces araignées.* Parmi plusieurs autres faits de thérapeutique morale, nous avons publié en 1835 (Voyez *Bull. de Thér.*, t. VIII, p. 326) un cas curieux d'un empoisonnement imaginaire; nous avons voulu prouver que, dans certains désordres de l'imagination, il ne fallait chercher le principal remède que dans l'imagination elle-même. Voici une observation de même nature et non moins remarquable pour établir ce principe.

Dans les premiers jours de décembre 1839, une femme âgée de cinquante ans, Lucie M..., est prise de malaise général, de picotements à l'estomac, de battements dans tout le corps, avec accidents nerveux. Elle entre à l'hôpital de Tours. En réfléchissant à la cause de son affection, elle se rappelle tout à coup qu'étant à moissonner vers le milieu du mois d'août précédent, elle a bu de l'eau à une fontaine dont la surface était parcourue par trois araignées : nul doute qu'elle n'ait avalé ces trois araignées. Son imagination se frappe, son esprit se trouble, l'agitation la plus grande s'empare d'elle. C'est dans cet état qu'elle est renvoyée, le 11 février 1840, dans la division des aliénées de l'hospice général de Tours, dont M. Charcellay était médecin. Les raisonnements de cette malade sont bien suivis et ses réponses aussi promptes que justes; mais lorsqu'elle se livre aux aberrations de son délire, elle s'anime : ce ne sont plus seulement des araignées qui la dévorent, c'est le diable, ce sont des serpents qui la déchirent. Les fonctions, du reste, se font régulièrement, si ce n'est que le cœur offre une légère hypertrophie. Tout en combattant l'affection du cœur par la digitale, M. Charcellay parvient à lui faire comprendre qu'il a le pouvoir de tuer ses hôtes importuns, après quoi il sera facile de les expulser avec un purgatif. Le 2 mars, après avoir pris 20 centigrammes de gomme-gutte, la malade a plusieurs selles dans lesquelles la sœur surveillante glisse adroitement trois araignées que Lucie découvre elle-même; mais elle objecte que ce sont des mères, qu'elles ont laissé des petits, qu'elle les sent remuer et s'agiter dans son ventre. — Quatre jours plus tard, le même moyen, employé de nouveau, a le même résultat; la malade assure que ses araignées se multiplient sans cesse. Cette méthode ayant été répétée une troisième fois sans succès, M. Charcellay propose alors à la malade de lui ouvrir l'estomac pour en retirer tous ses insectes sans qu'il puisse en échapper un seul. Elle accepte cette proposition avec la plus grande joie, elle appelle à grands cris le moment de cette opération; elle parle de sa guérison avec un confiant espoir. Le 9 août, tout étant disposé pour que l'opération soit faite avec une certaine solennité de manière à frapper l'imagination de la malade, M. Charcellay, en présence de MM. Marguerron, administrateur de l'hospice, Baillarger, médecin de la Salpêtrière, etc., pratique une légère incision dans la région dorsale. La malade sent bien, dit-elle, que l'on retire des araignées par la plaie; plusieurs de celles qui avaient été prises *ad hoc* sont lâchées sur son

dos et courent dans son lit. Elle est heureuse de ce résultat, et quelques heures de soulagement suivent cette extraction simulée; mais le lendemain et les jours suivants, il faut y revenir encore. A cet effet, de petites incisions sont pratiquées alternativement à l'épigastre et dans le dos. Malgré cela, l'agitation continue encore : elle veut se détruire; elle demande qu'on recommence l'opération. Enfin, après une longue séance où des incisions sont faites, M. Charcellay lui annonce que définitivement elle n'a plus rien dans l'estomac. Les jours suivants, des alternatives de calme et d'agitation font craindre et espérer; on est forcé d'avoir recours à deux nouvelles incisions, au cathétérisme œsophagien ainsi qu'aux purgatifs pour lui démontrer qu'elle est enfin débarrassée des insectes qui la faisaient si horriblement souffrir. Bientôt les phénomènes diminuent, et enfin le 18 septembre tous les symptômes ont disparu et Lucie jouit du calme le plus parfait. Gaie, expansive, reconnaissante, elle remercie M. Charcellay de tous les soins qu'il lui a donnés. Placée à la cuisine le 2 octobre pendant sa convalescence, elle s'emploie avec attention aux divers travaux qui lui sont confiés; enfin elle sort le 25 octobre en état de guérison confirmée. Quels commentaires pourraient accompagner une pareille observation? (*Annales médico-psychologiques*, nov. 1843.)

OPIUM (*Préparation d'un sparadrap d'*). On étend sur une planchette, au moyen de petits clous, du taffetas noir serré et épais. On applique sur ce taffetas, à l'aide d'un pinceau, trois couches d'extrait gommeux d'opium auquel on a ajouté un sixième de poudre fine de gomme arabique et suffisante quantité d'eau pour donner à l'extrait la densité d'un sirop très-cuit; on conserve ce taffetas dans un endroit sec. Ne pourrait-on pas, dans certains cas, préparer ainsi quelques extraits actifs : extraits d'aconit, de belladone, de ciguë, etc., au lieu de les associer à des corps gras? (*Jour. des Conn. méd.*, et *Jour. de phar.*, nov. 1843.)

PARACENTÈSE DE LA POITRINE *dans la période extrême de la pleurésie aiguë.* Sous ce titre, M. le professeur Trousseau a lu à l'Académie de médecine un mémoire qui peut se résumer dans les termes suivants. M. Trousseau établit d'abord l'innocuité de la ponction de la poitrine, innocuité démontrée par le résultat des plaies pénétrantes qui n'intéressent pas le cœur ni les gros vaisseaux. Il cite, à ce sujet, les expériences qu'il a faites avec MM. Rigot et Leblanc sur les animaux domestiques; il cherche à prouver que, dans la plèvre saine, l'introduction de l'air n'a pas un grand danger, et que, dans la plèvre enflammée, cette introduction n'a de gravité que si elle est très-abondante et surtout trop longtemps prolongée. Il cherche ensuite si, conformément à l'opinion de M. Louis, la pleurésie simple est toujours une maladie facile à guérir et peu grave. Il répond négativement, et il cite trois faits suivis d'autopsie, dans lesquels l'abondance excessive de l'épanchement séreux fut la seule cause de la mort, et où il ne fut pas trouvé de tubercules. Ces trois faits sont relatifs à des femmes qui succombèrent l'une au septième, la seconde au treizième, la troisième au vingtième jour d'une pleurésie aiguë. Convaincu que la quantité de l'épanchement plutôt que l'intensité de l'inflammation avait causé la mort, il résolut de pratiquer la ponction du thorax, si jamais un cas de ce genre se présentait à son observation.

Au commencement de septembre dernier, une jeune fille de 16 ans fut atteinte de pleurésie aiguë; l'épanchement, malgré trois saignées et l'emploi des mercuriaux, fit de tels progrès, que l'asphyxie parut imminente. A la fin du neuvième jour, il pratiqua la paracentèse avec le trocart à hydrocèle, et ne retira à peu près qu'un quart du liquide épanché, referma la plaie et traita désormais la pleurésie à l'aide de la digitale, des vésicatoires volants et des purgatifs. La malade guérit sans qu'il fût nécessaire de recourir à une nouvelle opération.

M. Trousseau se livre ensuite à une longue discussion relativement à la confusion que les auteurs ont introduite dans l'histoire de l'hydrothorax. Il cherche à établir que, sur à peu près soixante-six ponctions authentiquement rapportées par les auteurs et indiquées dans la monographie de MM. Monneret et Fleury, soixante-quatre appartenaient à des pleurésies aiguës ou chroniques désignées à tort, selon lui, par la dé-

nomination d'hydrothorax. Or il y a quarante-neuf guérisons authentiques après ponction, auxquelles il convient d'en ajouter trois autres, l'une appartenant à M. le docteur Bernardin pour un cas d'empyème, deux autres appartenant à M. Trousseau lui-même; la première pour un empyème, la seconde pour une pleurésie aiguë.

Il conclut qu'il convient de faire la paracentèse toutes les fois que l'abondance de l'épanchement est telle que la vie est en danger imminent. Quant au mode d'exécution, il se déclare partisan des évacuations successives et partielles du liquide épanché. (*Gazette des Hôpitaux*, octobre 1843.)

PARALYSIE *du bras et de la jambe gauches guérie par l'application des grandes ventouses de M. Junod.* Depuis longtemps M. le docteur Junod, médecin aussi modeste qu'honorable, a fait connaître les bons effets qu'il a obtenus dans plusieurs circonstances déterminées. Cependant ce moyen énergique est à peu près ignoré des praticiens éloignés de Paris. Nous saisissons avec plaisir l'occasion de leur présenter un fait publié par M. le docteur Cerise, et où l'efficacité de ce moyen paraît dans tout son jour. Une dame de 25 ans, d'une constitution forte, mais épuisée par de grands chagrins et de longues souffrances, fut prise tout à coup d'une paralysie des membres du côté gauche. Appelé le soir de l'accident auprès de la malade en l'absence de son médecin ordinaire, M. Cerise apprit que les règles s'étaient supprimées le jour même. La résolution des membres était complète, mais il n'y avait aucune déviation du côté gauche de la face. La paralysie n'avait point envahi les ramifications des nerfs intra-crâniens. L'intelligence était parfaite, la parole aisée et naturelle. Le pouls était petit, serré, fréquent; le tissu cellulaire sous-cutané, aux mains surtout, était œdémateux; il n'y avait pas de maladie de cœur; il y avait de la céphalalgie. Application de sangsues à la partie interne et supérieure des cuisses, pédiluves sinapisés, légers révulsifs intestinaux, tels furent les premiers moyens employés. Le lendemain, même état et même médication. Depuis ce moment, la malade fut soumise à la série des moyens employés en pareil cas, révulsifs généraux et locaux, internes et externes, frictions excitantes et cantharidées, antispasmodiques, etc. Cinq semaines s'écoulèrent ainsi, et la paralysie persistait opiniâtrément, sans fièvre, mais avec des alternatives de diarrhée et de céphalalgie. Alors on recourut à l'application des grandes ventouses. Un premier essai eut lieu et dura demi-heure. Une transpiration abondante se produisit dans le membre inférieur paralysé; mais le mouvement ne revint point encore. Le lendemain nouvelle application prolongée, cette fois, pendant une heure. Le jour suivant, la jambe gauche put exécuter quelques mouvements. Nouvelle application le jour suivant, prolongée jusqu'à la syncope. Le lendemain, la malade put mouvoir son bras et marcher. Depuis ce jour, l'amélioration progressa lentement, la marche se faisait en fauchant, le bras n'accomplissait pas tous ses mouvements avec la même facilité. On persista dans l'emploi des grandes ventouses, qu'on répéta tous les deux ou trois jours pendant environ un mois. La malade partit pour la campagne, prit les bains de mer, et se rétablit enfin parfaitement après quelques mois. Cinq années se sont écoulées, et la guérison est restée complète. (*Annales médico-psychologiques*, octobre 1843.)

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU (*Traitement du*), *par l'opium à haute dose.* Tel est le titre d'un mémoire lu par M. Requin à l'Académie de médecine, et dont voici l'analyse succincte.

L'auteur ne vient pas, avec le peu d'observations qui fait la base de ce mémoire, proclamer une formule infaillible, un système exclusif; mais il vient présenter quelques inductions, quelques conclusions, pour ainsi dire provisoires, jusqu'à ce que l'expérience générale des praticiens qu'il appelle dans la même voie, ait prononcé en dernier ressort. Il rappelle qu'il n'y a rien de plus naturel, au premier abord, que d'employer contre une maladie si douloureuse l'opium, si propre à calmer la douleur. Mais, si l'on se borne à la dose ordinaire, modérée, parégorique et purement somnifère, il en résulte un assoupissement momentané interrompu par des mouvements automatiques, qui réveillent les atroces douleurs des articulations.

De là, alternatives d'assoupissements momentanés et de réveils en sursaut, ce qui est pire que l'insomnie. M. Requin l'a éprouvé par lui-même; il rappelle à ce sujet l'opinion de Sydenham, Van Swieten, Cullen, de Mertens, Quarin, Storck, Barthez, Roche, Ferrus, qui feraient admettre la proscription absolue de l'opium, ou tout au moins son intervention tardive, secondaire, accessoire, dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu. — Voilà où en était restée la thérapeutique, jusque dans ces derniers temps, dans la pratique ordinaire et à peu près universelle.

Mais qu'arrivera-t-il si l'on emploie l'opium jusqu'à produire le narcotisme? M. Requin a été guidé dans ses tentatives par l'opinion d'un médecin célèbre, le docteur Corrigan, qui a vanté les bons effets de l'opium à haute dose dans cette maladie, dans un mémoire publié en 1830. M. Requin formule ainsi son traitement : point de saignées; pour médicament unique', extrait gommeux d'opium en pilules de cinq centigrammes; commencer par une le matin et par une le soir; augmenter d'une tous les jours jusqu'à l'apaisement des douleurs; maintenir ou diminuer la dose selon que la maladie reste stationnaire ou diminue; ne cesser l'opium tout à fait qu'avec la cessation des douleurs.

M. Requin a basé son mémoire sur dix-huit observations. Voici les principaux résultats de leur analyse. Le maximum de la dose d'opium n'a jamais dépassé sept pilules (35 cent. d'extrait). Il n'y a jamais eu d'accidents sérieux. Ce qui est donc parfaitement acquis à la science, c'est l'innocuité parfaite de la médication narcotique suivant les règles précédentes.

La moyenne de la durée du traitement a été de onze jours et demi; moyenne de la durée totale de la maladie, à partir de l'invasion, dix-sept jours et demi. Ces résultats sont favorables, dit M. Requin, et prouvent que l'opium, en éloignant les douleurs, ne fait pas acheter cet avantage au prix d'une longue durée de la maladie. Mais enfin, ajoute-t-il, ils ne sont pas tellement beaux, qu'ils doivent faire abandonner l'emploi rationnel des saignées.

En définitive, voici les conclusions générales formulées par M. Requin : opium à haute dose, avec ou sans saignées préalables, suivant les indications ou contre-indications fournies par la pléthore, les forces, la faiblesse, la chlorose du malade. *(Bull. de l'Acad. de Médecine*, oct. 1843.)

TABAC (*De la santé des ouvriers employés dans les manufactures de*). Déjà, en 1829, MM. D'Arcet et Parent Duchâtelet avaient publié des résultats démontrant de la manière la plus positive l'innocuité absolue de la fabrication des tabacs sur la santé des ouvriers. Les faits observés depuis ont confirmé pleinement l'exactitude de ces premiers renseignements. Voici encore un rapport de M. Siméon, directeur-général de l'administration des tabacs, adressé à M. le ministre du commerce et des travaux publics, où l'on trouve des détails d'un haut intérêt sur cette question d'hygiène publique.

On y voit d'abord que l'administration emploie plus de cinq mille ouvriers. L'état sanitaire des manufactures est satisfaisant, les conditions principales qui doivent assurer leur salubrité, préserver les ouvriers de toute influence fâcheuse sont généralement et soigneusement remplies. D'après les observations faites par la totalité des médecins, le tabac ne produit que fort rarement des effets sensibles sur les ouvriers qui se livrent, même pour la première fois, à sa manipulation; ces effets d'ailleurs sont passagers, et les ouvriers finissent toujours par s'y habituer. Il n'y a que deux ateliers, celui de la fermentation des masses destinées à la fabrication du tabac en poudre et celui de la dessiccation, où les émanations du tabac ont paru exercer une impression réelle et durable sur quelques sujets d'une grande sensibilité nerveuse; mais ces faits sont rares, et, en définitive, le travail de la fabrication du tabac n'est nullement nuisible à ceux qui s'y livrent. Il est maintenant bien avéré que la fabrication du tabac ne renferme en elle-même et ordinairement aucune cause morbide déterminante.

Nous croyons devoir donner textuellement la partie de ce rapport qui est relative à la phthisie : « Je vais aborder maintenant une grave question dont la solution est controversée, et qu'il importe essentiellement d'approfondir. Je veux parler de la phthisie. Tous les médecins, sans exception, déclarent que les émanations de tabac ne développent

aucun symptôme fâcheux dans les organes respiratoires chez les individus dont la poitrine est bien constituée, et qui n'ont aucune disposition congénitale à la phthisie. Quelques-uns vont plus loin, et paraissent disposés à croire que les poitrines faibles ne souffrent pas de ces émanations qui leur seraient également inoffensives. L'un d'eux même paraît persuadé que le travail de la fabrication du tabac arrête le développement de cette maladie, et peut en amener la guérison. D'autres, au contraire, affirment que le travail et les émanations qui en sont la suite affectent essentiellement les constitutions délicates; ils avancent, à l'appui de leur opinion, des considérations qui ne sont pas sans quelque portée. La respiration continuelle d'un air qui contient toujours en suspension une quantité plus ou moins grande de tabac réduit en poussière impalpable, doit être, selon eux, une cause déterminante de maladies inflammatoires pour les organes qui servent à cette fonction essentielle de la vie. Les maladies sont d'abord légères et sans gravité; mais leur retour, souvent répété, finit par altérer profondément ces organes, dégénérer en affections chroniques, et se convertir en phthisie. Cependant, des faits positifs semblent contredire cette théorie. La phthisie pulmonaire si commune, en général, chez les ouvriers, et favorisée par leurs habitudes, leur manière de vivre, est dans plusieurs localités bien moins fréquente chez les ouvriers des manufactures de tabac que dans la totalité de la population.

« A Bordeaux, cette maladie, très-rare chez les ouvriers de la manufacture, y fait des progrès moins rapides qu'à l'état ordinaire chez ceux qui en apportent le germe déjà développé. Au Havre, où la phthisie sévit sur la population, elle est tellement rare à la manufacture, qu'aucun cas n'y a été encore observé; il en est de même à Lille, à Strasbourg, etc. » (*Annales d'hygiène et de méd. lég.*, octobre 1843.)

VARICES DES PAUPIÈRES (*Excision des veines dilatées suivie de guérison*). Les varices des paupières constituent une maladie assez rare pour qu'on lise avec intérêt le fait suivant qui se recommande encore par la méthode opératoire mise en usage ainsi que par le résultat heureux auquel elle a donné lieu. Une jeune fille de 22 ans, d'une santé florissante, avait remarqué il y a huit à dix ans qu'elle portait à la paupière supérieure une petite tumeur du volume d'une lentille, et ne sachant à quoi l'attribuer, la regardait comme congénitale. Cette tumeur, d'une couleur bleuâtre, devenait d'un bleu foncé sous l'impression du froid. Elle devint de plus en plus volumineuse, lorsque, il y a six ans, à la suite d'un coup reçu sur la paupière, il se déclara une abondante hémorrhagie qui fut suivie de l'affaissement de la tumeur. Dans ces trois dernières années elle avait de nouveau recommencé à grandir et à se développer; la jeune fille crut alors devoir réclamer les conseils de l'art, et un examen attentif permit de constater les particularités suivantes: la paupière supérieure gauche était tuméfiée, boursouflée et fortement refoulée en bas, et tout d'abord elle offrait l'aspect du prolapsus ordinaire; mais de plus, dans les deux tiers de son étendue, elle présentait une couleur rouge bleuâtre, et l'engorgement dont elle était le siége était mollasse, parsemé de nodosités, et donnant cette sensation si caractéristique d'un peloton de vers entrelacés. Une compression prolongée diminuait, puis faisait disparaître cette tuméfaction, qui ne tardait pas à revenir quand on cessait la compression. L'œil se trouvait presque entièrement recouvert par la paupière tuméfiée, que l'on ne pouvait aucunement soulever vers l'angle externe; à l'angle interne, on parvenait, bien qu'assez difficilement, à découvrir quelque peu l'œil, dont la faculté visuelle se trouvait considérablement gênée. La partie supérieure de la paupière jusqu'au sourcil était également tuméfiée, d'une couleur rouge bleuâtre, mollasse, élastique. Cette tuméfaction disparaissait aussi par la pression. Depuis l'origine du sourcil jusqu'à deux pouces environ vers le front, on apercevait trois grosses veines très-dilatées et très-saillantes.

Dans le dessein d'obtenir l'oblitération de ces veines, M. Heidenreich plaça huit ligatures immédiates sur ces vaisseaux, depuis le bord inférieur de la paupière jusqu'à deux pouces au-dessus de l'arcade sourcilière, après avoir préalablement fait refluer le sang qu'ils pouvaient contenir. I

survint après l'opération de la douleur, de la tuméfaction et tous les phénomènes d'une inflammation intense, qui fut combattue par des applications froides, et des sels purgatifs à l'intérieur. L'inflammation se propagea à la conjonctive, aux voies lacrymales, et il en résulta un flux de larmes et de mucus assez abondant, qui détermina M. Heidenneich à détacher les ligatures du cinquième au septième jour; les phénomènes inflammatoires cédèrent alors, et il parut en être résulté quelque amélioration pour les paupières, amélioration qui fut encore accrue par l'usage de lotions astringentes. Mais quatre semaines après l'opération, la dilatation variqueuse était revenue plus forte et plus intense qu'auparavant. M. Heidenneich se décida alors à avoir recours au procédé suivant, qui fut mis à exécution six semaines environ après la première tentative.

Il fit à la paupière supérieure un pli comprenant les téguments jusqu'au muscle orbiculaire, et s'étendant d'un angle de la paupière à l'autre, comme pour l'opération de l'ectropion; et il l'excisa avec des ciseaux courbes sur le plat. Il put alors facilement reséquer avec les pinces et les ciseaux tous les vaisseaux variqueux mis à découvert, et dont quelques-uns avaient le volume d'une plume de pigeon et de corbeau. Ces vaisseaux furent recherchés dans le tissu cellulaire jusque dans le cartilage tarse; quelques-uns d'entre eux contenaient encore du sang coagulé, dernier vestige sans doute de la première opération. Trois petites artérioles qui donnèrent du sang pendant l'opération furent tordues ou liées. Les bords de la plaie furent réunis par trois points de suture, cette première dissection avait été insuffisante pour détruire toutes les varicosités. Pour compléter l'œuvre, M. Heidenneich pratiqua au-dessous du sourcil gauche et dans une direction parallèle une incision d'un pouce et demi de long et d'un demi-pouce de profondeur, afin de pouvoir en partie couper les veines, en partie les exciser, comme il avait fait sur la paupière. Cette nouvelle plaie fut également réunie par trois points de suture; il restait encore les trois grosses veines dilatées qui du sourcil gagnaient le milieu du front: l'opérateur plaça une ligature autour de chacune d'elles. Vingt-cinq jours après l'opération, la guérison était parfaite. (*Journal de Chirurgie*, octobre 1843.)

VARIÉTÉS.

Le public médical de Paris attend avec anxiété le jugement du procès en diffamation intenté par M. Guérin à MM. Malgaigne, Vidal de Cassis et Henroz. Depuis le 14 novembre, jour où l'affaire a été appelée, cinq longues séances de trois ou quatre heures chacune n'ont pas lassé la patience de l'auditoire inaccoutumé qui se presse dans la salle de police correctionnelle. La cause qui se débat, tout le monde le sent, est des plus graves : il s'agit des droits de la critique scientifique. Au moment où nous mettons sous presse, nous venons d'entendre les admirables répliques de M. Malgaigne, qui se défend lui-même, et de MM. Betmont, Ploque et Jules Favre, avocats des inculpés. Le prononcé du jugement a été remis à mardi prochain.

—*Séance annuelle de la Faculté de médecine.* La séance publique pour la distribution des prix de la Faculté de médecine a eu lieu le 3 novembre, sous la présidence de M. Orfila. M. le professeur Royer-Collard a prononcé le discours d'usage, et les noms des lauréats ont ensuite été proclamés dans l'ordre suivant :

Prix Montyon. — Ce prix n'a pas été décerné, mais une somme de 200 fr. a été accordée à titre de récompense à M. Bouchut, interne à Necker, et une somme de 100 fr. à un auteur qui a désiré garder l'anonyme. — *Prix Corvisart.* La Faculté n'a pas jugé que la médaille

d'or dût être décernée ; mais elle a accordé un prix consistant en une médaille d'argent et des livres pour la valeur de 300 fr. à MM. Martin Lauzer, docteur-médecin, d'Auray (Morbihan), et Lefebvre (Pierre-Henri), de Gaillon (Eure).

Prix de l'École pratique. — Premier prix : Médaille d'or de 300 fr., livres et dispense de frais universitaires pour 615 fr., à M. Delpech (Auguste-Louis), de Paris. — Deuxième prix : Médaille d'argent et des livres d'une valeur de 200 fr., et dispense de frais universitaires pour 315 fr., à M. Fiaux (François-Félix), de Chatignonville (Seine-et-Oise). — Troisième prix : de la même valeur que le précédent, à M. Matice (Charles), de Paris. — Premier deuxième prix : Médaille d'argent et livres pour une valeur de 150 fr., et 100 fr. pour la dispense du droit de sceau, à M. Bonnet (Henri), de Valence (Drôme). — Deuxième premier prix : de la même valeur que le précédent, à M. Trifet (Hippolyte-Alexandre), d'Étrœngt (Nord).

Prix des élèves sages-femmes. — Médaille d'argent et des livres, partagé *ex æquo* entre mesdames Malard (Angélique), Mélanie Martel, de Meulan (Seine-et-Oise), et Bouteloup (Constance), de Sens (Yonne). Mention honorable à mademoiselle Wifs (Marie-Louise).

Prix pour 1844. — *Prix fondé par Montyon.* Il y aura tous les ans un concours pour un prix qui sera accordé à l'auteur du meilleur mémoire adressé à la Faculté de médecine de Paris, sur les maladies prédominantes dans l'année précédente, les caractères et les symptômes de ces maladies, les moyens de les guérir, etc.

Ce prix, consistant en une médaille d'or de la valeur de 400 fr., sera décerné dans la séance publique de la Faculté.

Les mémoires pour le prix de 1844 ne seront pas reçus passé le 1er août de la même année.

Prix fondé par Corvisart. La Faculté a arrêté pour sujet du prix de clinique à décerner en 1844 la question suivante :

« Déterminer, par des observations recueillies pendant l'année, dans les cliniques médicales de la Faculté, les signes à l'aide desquels on peut distinguer l'*hémorrhagie cérébrale* des autres affections aiguës du cerveau qui peuvent la simuler. »

— Un des médecins de province dont le nom est le plus honorablement connu dans la science, M. le docteur Serre d'Alais, vient d'être nommé chevalier de la Légion-d'Honneur.

— Le concours pour la chaire de physique près la Faculté de médecine de Paris, qui devait s'ouvrir le 4 novembre, a été ajourné. Le motif de cet ajournement est fondé sur le doute qui existe à l'égard du degré de parenté entre deux juges. Les concurrents inscrits sont : MM. Maissiet, Person, Guérard, Baudrimont, Gavarret, Rollet, Legrand.

— Il vient d'être créé, dans l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon, en dehors du cadre déterminé par l'ordonnance du 13 octobre 1840, quatre places de professeurs adjoints. Ont été nommés par M. le ministre de l'instruction publique pour occuper ces places, MM. Pétrequin, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu ; Colrat, chirurgien de l'hospice de la Charité ; Bouchacourt, chirurgien de la Charité ; Davallon, pharmacien de première classe.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DE L'EMPLOI DES ÉVACUANTS DANS CERTAINES FORMES DE FIÈVRES INTERMITTENTES RÉCENTES OU RÉFRACTAIRES.

Pendant que quelques hommes, qui ne désespèrent point de l'avenir de la science, s'efforcent de lui ouvrir des voies nouvelles, un grand nombre d'autres, plus modestes dans leurs prétentions, s'appliquent surtout à soumettre au contrôle de l'expérimentation moderne les données principales sur lesquelles s'appuyait la pratique de la science du passé. Il y a longtemps déjà que cette étude rétrospective a commencé parmi nous, et déjà aussi, en suivant cette direction, l'on est parvenu à quelques résultats importants. Ces résultats, quels qu'ils soient, sont bien loin d'avoir réalisé ce que nous pouvons espérer de cette investigation laborieuse de la tradition. A peine sommes-nous sortis de cette époque de réaction passionnée, où les intelligences les plus élevées étaient condamnées au travail d'une pratique, non pas sans doute stérile, mais impuissante du moins à conduire à des résultats immédiatement applicables. Cette pratique, à laquelle nous avons tous pris une part plus ou moins active, a exercé sur les esprits une double influence : les uns ont été conduits, en suivant cette voie, à accepter les principes essentiels de la doctrine hippocratique, la seule encore, à l'heure qu'il est, qui puisse être considérée comme une formule sérieuse de la science; les autres, après avoir été forcés de confesser l'erreur de théories prématuturées dont l'apparente simplicité les avait séduits, se sont, par paresse d'esprit plutôt que par conviction raisonnée, abandonnés à l'empirisme; or, hippocratistes ou partisans de l'empirisme, qui pour le bon esprit ne peut avoir que la portée d'une méthode, et jamais la valeur d'une doctrine, la tradition de la science ne pouvait nous être indifférente; l'hippocratisme en est l'expression la plus pure; l'empirisme ne peut pas ne pas s'enquérir de ce qui a été fait dans la direction même dans laquelle il marche, et fait ainsi également alliance avec la science du passé. Quel que soit donc notre point de départ, nous aboutissons là; voilà pourquoi, quelle que soit aujourd'hui la question posée, les vieilles méthodes thérapeutiques reparaissent, et avec elles les idées au nom desquelles elles ont été introduites dans la pratique.

S'il est dans le cadre nosologique une affection dont la thérapeutique puisse être considérée comme une conquête des observateurs mo-

dernes, c'est sans contredit la fièvre intermittente. Les préparations de quinquina, et surtout le sulfate de quinine, déploient dans cette maladie une action inconnue dans sa modalité, mais presque toujours certaine dans son résultat. La restriction que nous venons d'apporter dans l'énonciation de l'efficacité de cet agent vraiment héroïque, la pratique de tous les jours comme de tous les temps la justifie, et ici les principes qui guidaient les anciens observateurs dans leur thérapeutique trouvent encore dans plus d'un cas leur application. Les fièvres intermittentes, à quelque type qu'elles appartiennent, sont en effet assez souvent compliquées de l'un de ces états particuliers de l'économie qui commandent une thérapeutique spéciale. Notre but n'est point d'étudier dans son ensemble la question que nous venons de soulever, nous nous proposons seulement d'étudier, du point de vue exclusif de la pratique, l'une de ces complications, celle que les auteurs ont désignée sous les noms d'état gastrique, bilieux ou saburral.

Et tout d'abord nous conviendrons que dans les fièvres intermittentes, comme dans la plupart des autres maladies, la fréquence et la complication biliaire a été exagérée. L'obscurité même qui règne sur les causes prochaines des pyrexies périodiques, a naturellement favorisé les erreurs dans lesquelles on est tombé sur ce point. Avant la découverte du quinquina, avant la découverte des sels de quinine surtout, ces maladies se montraient fréquemment réfractaires aux divers agents par lesquels on cherchait à les combattre. Parmi ces agents, ceux qui échouaient le moins souvent étaient les émétiques et les purgatifs; bien que, même dans les cas où une complication bilieuse existait, cette méthode thérapeutique manquât parfois son but, des cas se rencontraient assez nombreux où cette complication se liait si intimement avec la maladie périodique, que la méthode qui emportait l'une faisait en même temps cesser l'autre; or, ces cas étant nettement dessinés, l'efficacité de la méthode se montrant alors d'une manière si tranchée, il était simple que dans l'impuissance si fréquemment constatée de toute autre médication, et dans l'ignorance absolue de la nature de l'affection pathologique, on tendît à généraliser la conception dont l'expérience démontrait dans un certain nombre de cas la justesse, et, par une conséquence logique, qu'on étendît l'application de la méthode de traitement que celle-ci commandait. Mais après avoir fait la part de cette exagération, il ne saurait rester douteux pour aucun observateur attentif, que des cas se rencontrent encore tous les jours où l'élément bilieux joue un rôle important dans la pathogénie des fièvres intermittentes. Pas plus aujourd'hui qu'autrefois nous ne sommes en mesure d'assigner le désordre intime survenu dans la crase des liquides, dans l'état des solides ou dans le

jeu des forces, qui se traduit à l'observation par l'ensemble des symptômes des fièvres intermittentes; mais en même temps il est incontestable que la turgescence bilieuse, l'état gastrique, se lie étroitement avec ce désordre intime, avec ce foyer morbide, qui nous échappe. Sous l'influence d'une pyrexie quelconque, la sécrétion bilieuse, les sécrétions qui s'accomplissent à la surface de l'appareil tégumentaire interne, se trouvent invariablement modifiées, soit dans la qualité, soit dans la quantité de leurs produits; la muqueuse qui recouvre la langue, et qui fait partie de cet appareil, exprime, par les modifications visibles qu'elle nous présente, celles qui sont survenues dans les organes plus profondément situés; les pyrexies périodiques dont la durée se prolonge quelque peu finissent presque toujours, comme les pyrexies continues symptomatiques d'une inflammation locale, ou liées à un état encore mal déterminé d'un des éléments de l'organisme, ces pyrexies, disons-nous, finissent par entraîner les mêmes modifications dans les divers organes de sécrétion, et principalement dans ceux qui regardent plus spécialement l'acte digestif. L'état gastrique qui peut se développer en pareil cas ne doit point être confondu avec celui que nous disons commander le traitement même de la fièvre intermittente. Dans le premier cas, l'élément gastrique est accessoire, consécutif; dans le second cas il est primitif, contemporain de la lésion, de la perturbation inconnue sous l'empire de laquelle les phénomènes de la fièvre intermittente apparaissent. La constitution médicale imprime souvent à la maladie, que seule elle ne détermine pas, ordinairement du moins, ce caractère particulier; mais souvent aussi cette influence visible fait défaut aux explications de la théorie. Si, dans les deux cas, l'indication thérapeutique est la même, s'il appartient à une pratique prévoyante de mettre fin à une complication qui peut neutraliser l'effet de la méthode thérapeutique la plus sagement combinée, il faut bien reconnaître cependant que dans les deux cas cette médication est loin d'avoir la même portée. Lorsque l'état gastrique résulte de la perturbation occasionnée dans les diverses fonctions de l'organisme par le mouvement pyrétique lui-même, en faisant cesser cet état vous dégrossissez la maladie, comme on l'a dit dans une autre circonstance; mais vous ne touchez point à celle-ci, si nous pouvons ainsi parler. Dans le second cas, au contraire, la maladie et la complication sont nées simultanément, elles se pénètrent l'une l'autre, elles sont liées par une sorte de solidarité pathologique, la même médication s'adresse à toutes les deux à la fois.

C'est pour avoir négligé de faire cette distinction qu'un grand nombre d'observateurs modernes ont cessé de comprendre la signification pro-

fondément vraie des formes gastrique, bilieuse, attribuées dans un certain nombre de circonstances aux fièvres à périodes régulières. La vertu antipériodique énergique dont jouit le sulfate de quinine a contribué elle-même à discréditer dans l'esprit des praticiens cette vue d'une doctrine devenue suspecte; les partisans de cette doctrine avaient posé en effet que les préparations de quinquina, auxquelles on avait recours le plus ordinairement avant la découverte des sels de quinine, étaient impuissantes à faire justice de la fièvre intermittente la plus simple, si elle était compliquée de l'élément gastrique, tant que cette complication n'avait été enlevée. Or, cela est vrai, même pour le sulfate de quinine, lorsque l'élément bilieux domine la maladie, comme nous l'avons dit tout à l'heure; mais cesse de l'être lorsque l'état saburral est né seulement sous l'empire de la perturbation fébrile elle-même. Lorsque le traducteur et le commentateur de P. Frank (Goudareau) fait remarquer qu'à cet égard le principe thérapeutique posé par l'ancien professeur de Wilna est trop absolu, et que le sulfate de quinine sait bien, à travers la complication bilieuse non combattue, trouver dans l'ensemble de l'organisme le foyer morbide et le neutraliser, le savant traducteur, disons-nous, fait une remarque fort juste, mais il faut la borner aux cas où l'état gastrique est symptomatique du mouvement fébrile. Tous les jours en effet on observe des individus atteints de fièvre intermittente quotidienne ou tierce, qui présentent en même temps tous les signes de l'embarras gastrique, et chez lesquels le sulfate de quinine met rapidement fin à la fièvre, bien qu'on n'ait point préalablement combattu cette complication. Toutefois, même alors, l'antipériodique ne réussit point toujours, et l'on a pu attribuer ces insuccès à ce cataplasme saburral, comme l'a dit M. Récamier, qui empêche l'action immédiate de l'agent médicamenteux sur les tissus vivants. Mais il n'en est plus de même lorsque la turgescence humorale du tube digestif a contracté une affinité plus intime avec la fièvre elle-même, comme par exemple lorsque toutes les deux sont nées sous l'influence de la constitution médicale, etc. Dans ces cas, l'indication des évacuants est fondamentale, et souvent l'on voit des vomissements répétés ou des évacuations alvines abondantes mettre fin du même coup à la fièvre et à l'état humoral qui coexiste avec elle.

Nous ne rappellerons point ici les exemples d'épidémies nombreuses de fièvres intermittentes gastriques cités par les auteurs. L'étiologie de ces affections, leur marche, leur physionomie si nettement dessinée, mais surtout la thérapeutique, ne sauraient laisser de doutes sur leur génieparticulier. Nous n'avons point eu occasion d'observer nous-même ces maladies dans leur forme épidémique; les conditions sanitaires de

la France s'opposent à leur développement. Cependant cette immunité n'est point telle sous ce rapport, que sous l'influence de perturbations climatériques prolongées ces affections ne se montrent quelquefois parmi nous. Dans le courant de l'année 1840, mon ami, M. le docteur Bourgeois, qui pratiquait alors avec distinction dans le département de Seine-et-Marne, a observé dans cette contrée un grand nombre de fièvres intermittentes à types variés, et dans lesquelles la turgescence gastrique était une complication extrêmement commune; que si, dans ces cas, l'on négligeait ce dernier élément, et qu'on combattît d'emblée l'affection périodique par les préparations de quinquina, les malades subissaient les chances de deux fortunes diverses; ou bien le mal résistait aux moyens qu'on lui opposait, ou s'il disparaissait, ce n'était que temporairement, et pour reparaître sous l'influence perturbatrice la plus légère. La médication fondamentale ici, c'était la méthode évacuante. Cette méthode suffisait le plus souvent à elle seule pour emporter à la fois les deux éléments morbides intimement combinés. Dans quelques cas, l'affection périodique survivait à la disparition de l'élément bilieux, et le sulfate de quinine en faisait justice. Mais, dans tous les cas, la méthode évacuante était la condition essentielle de la médication définitive.

Mais ce n'est pas seulement quand les fièvres intermittentes règnent épidémiquement ou endémiquement parmi les populations, qu'on les voit revêtir la forme gastrique; à l'état sporadique même, il n'est nullement rare de leur voir affecter cette forme. Nous n'avons à cet égard recueilli que quelques faits intéressants, que nous croyons utile de rapporter brièvement ici.

Un militaire, âgé de vingt-trois ans, est pris en route de vagues frissonnements, de céphalalgie, de courbature; malgré ces accidents, le malade continue sa route en partie à pied, en partie en voiture. Le lendemain du jour où ces accidents se sont développés pour la première fois, et à peu près à l'heure de leur début, un frisson intense se fait sentir, et il est suivi des phénomènes ordinaires d'un accès fébrile. Pendant trois jours les mêmes accidents se répètent périodiquement. C'est à cette époque que j'observai le malade: je note l'état suivant: le facies, profondément altéré, présente une teinte jaune, qui est surtout très-prononcée à l'ovale inférieur; céphalalgie frontale intense; inappétence, répugnance invincible même pour toute espèce d'alimentation; langue saburrale, large et comme épaissie; amertume très-grande de la bouche; sentiments de courbature et de faiblesse tout à la fois; douleurs vagues parcourant l'abdomen; garde-robes rares, insomnie complète; pouls d'une médiocre fréquence; bien que le malade ait changé de linge durant la nuit, la peau est encore moite et comme macérée. Prescription : 10 centigr. de tartre stibié. Vomissements bilieux excessivements abondants; on estime la quantité du liquide vomi à une pinte et

demie. Dès le lendemain de cette évacuation, tous les symptômes qui annonçaient une turgescence bilieuse et prononcée, se sont effacés, mais en même temps, à partir de ce jour, la fièvre n'a pas reparu; du moins pendant les quinze jours que le malade est resté sous mes yeux, la santé est restée excellente.

Nous avons dit que les fièvres intermittentes gastriques, dans lesquelles la méthode évacuante, en tant que méthode de médication définitive, était surtout indiquée, étaient celles dans lesquelles les phénomènes périodiques et les symptômes de turgescence humorale s'étaient développés simultanément, et nous avons indiqué les principales raisons sur lesquelles, dans notre opinion, cette distinction peut légalement s'appuyer : le fait que nous venons de citer est remarquable par la simultanéité de développement des deux ordres de phénomènes : ceux-ci semblent être la double expression symptomatique d'une affection identique de l'organisme vivant; aussi bien, malgré la profonde obscurité qui voile aux conjectures de la physiologie pathologique la cause prochaine de la périodicité morbide, voyons-nous, sous l'influence d'une perturbation dont le mode d'action nous est bien connu, disparaître rapidement ce trouble périodique de la vie normale. Est-ce que, dans ce cas, le seul fait de cette surcharge humorale a provoqué la périodicité morbide, tout comme dans d'autres cas on voit une maladie du foie, de la prostate, de la vessie, donner lieu à la même perturbation? Il ne nous appartient pas de trancher une si haute question; mais nous avons le droit de la poser en présence du cas que nous venons de rapporter, et qui doit trouver des analogues dans le souvenir de tous les hommes qui savent regarder ce qu'ils voient. Le fait suivant va nous montrer l'influence heureuse de la médication évacuante dans un cas de fièvre tierce réfractaire au quinquina.

La fille Bounot, d'une constitution d'une force médiocre, jouissant d'une santé habituellement bonne, régulièrement menstruée, et habitant la campagne, est atteinte, au commencement de l'automne de 1842, d'une fièvre tierce, à laquelle on oppose d'emblée le sulfate de quinine : cette fièvre, combattue de la même manière à diverses reprises, cesse et reparaît alternativement; en somme la maladie durait depuis six mois, quand cette femme devient grosse. L'état de grossesse met fin à la fièvre, mais, l'accouchement terminé, le mal reparaît avec le même caractère, c'est-à-dire sous le type tierce. C'est alors seulement que nous observons la malade : l'affection durait, à partir de l'époque de sa réapparition, depuis deux mois environ. Le facies porte l'empreinte de la cachexie, qu'on a appelée ictère splénique. L'appétit est fort irrégulier, la bouche est pâteuse, la langue saburrale : l'abdomen exploré n'offre à la palpation aucune lésion appréciable. Je fais prendre à la malade deux bouteilles d'eau de Sedlitz à deux jours d'intervalle; il en résulte des selles abondantes. Les troubles fonctionnels qui existaient du côté

du tube digestif s'effacent peu à peu, de même que la langue se débarrasse de l'enduit saburral qui la chargeait. La fièvre manque complétement le jour où elle devait reparaître : elle ne se montre pas davantage pendant les quinze jours que la malade est restée sous mes yeux. J'ai pu d'ailleurs m'assurer que depuis cette époque l'affection périodique n'a point reparu.

Quelle que soit la lésion intime dont l'affection périodique est l'expression symptomatique, l'influence curative développée ici par la méthode évacuante ne permet pas de méconnaître un rapport dont le mode nous échappe, mais incontestable comme fait, entre cette lésion et la turgescence saburrale qui la complique. Nous ne disons pas que la présence de la bile, des saburres à la surface de la muqueuse gastro-intestinale, soit la cause efficiente de la maladie ; c'est là seulement un stimulant anormal qui peut entretenir l'habitude pathologique, ou provoquer, à titre de cause occasionnelle, la réapparition de l'affection morbide. En face d'une prédisposition bien prononcée à une affection quelconque, la cause la plus simple qui vient à perturber l'ordre normal des fonctions de l'organisme vivant, peut faire éclater celle-ci : la pratique de tous les jours le démontre ; mais cela est surtout facilement concevable quand l'impulsion morbide part d'un appareil qui entraîne tant d'actes vitaux dans la sphère de son action, de l'appareil tégumentaire interne.

A peu près à la même époque où nous observâmes le cas qui précède, nous eûmes occasion d'en observer un autre, où la méthode vomitive mit rapidement fin à une fièvre qui affectait également le type tierce.

L'individu qui fait l'objet de cette observation était jeune, sanguin, mais n'offrant pas de signe de pléthore. C'est quinze jours avant d'être observé par nous, qu'il fut atteint de sa maladie. Le sulfate de quinine administré d'emblée la fit cesser brusquement. Toutefois, quoique cet agent eût été continué pendant quelques jours à doses suffisamment élevées, l'affection périodique n'en reparut pas moins. Un accès violent avait eu lieu déjà, lorsque le malade réclama nos soins : la répugnance invincible pour toute espèce d'alimentation, l'amertume extrême de la bouche, des renvois de même saveur, l'état saburral de la langue, la céphalalgie frontale très-vive accusée par le malade, le double sentiment de courbature et de faiblesse, nous paraissent justifier suffisamment l'administration d'un émétique. 10 centigr. de tartre stibié sont prescrits et avalés, dans quelques cuillerées d'eau, en une seule fois. Des vomissements abondants ont lieu immédiatement, ils provoquent le rejet d'une quantité prodigieuse de bile; la quantité de ce liquide n'est pas estimée à moins d'un litre. La fièvre, qui ne devait point revenir ce jour-là, arrive peu de temps après cette secousse violente, avec ses trois stades, seulement ceux-ci sont moins intenses et moins prononcés : pourtant la sueur est plus abondante et dure plus longtemps; elle n'empêche point le sommeil, qui se continue à peu près toute la nuit. Les symptômes dys-

pepsiques ont complétement disparu dès le lendemain, l'appétit se développe, le sentiment des forces revient, avant même que l'assimilation ait réparé les pertes antérieurement subies par l'organisme. Les nuits suivantes, le malade continue à éprouver un peu de moiteur, mais bientôt cette dernière trace du mal s'efface elle-même. Ici encore la guérison de la fièvre a été radicale, car le malade, trois mois après, n'en avait ressenti aucune atteinte.

Ajouterons-nous enfin aux faits divers que nous venons de rapporter, la simple mention d'un cas analogue, bien remarquable, que nous avons observé l'an dernier dans le service de M. le professeur Andral? Dans ce cas la fièvre revêtait encore la forme du type tierce : elle avait résisté aux médications les plus méthodiques en apparence, et surtout les plus variées. Le médecin de la Charité remarquant chez le malade un teint qui annonçait que le foie fonctionnait irrégulièrement, saisisissant surtout le caractère des digestions qui étaient inconstantes, variables, crut devoir tenter la perturbation purgative; nous disons perturbation purgative, parce qu'en effet il n'y avait ici nulle indication nette à l'évacuation d'une humeur peccante, comme on disait autrefois, ou comme on pourrait dire toujours. Cette méthode réussit admirablement. Des selles nombreuses furent artificiellement provoquées, et la fièvre, qui jusque-là avait opiniâtrément résisté à diverses modifications, au sulfate de quinine lui-même, disparut après la perturbation énergique empiriquement employée, et la santé se rétablit complétement.

Toutes les fois qu'on étudie avec quelque largeur de vues l'action de la méthode évacuante sur l'organisme vivant, on ne peut s'empêcher de remarquer la multiplicité des indications auxquelles cette méthode peut répondre. En face des faits pathologiques nombreux où cette méthode peut déployer une influence thérapeutique heureuse, mais qu'une critique sage n'a point encore suffisamment distingués, on est ramené forcément à cette doctrine féconde, dans laquelle l'organisme est considéré comme soumis à un ensemble de forces qui tendent d'elles-mêmes à s'affranchir des maladies. Malheureusement, par des causes que ce n'est point ici le lieu d'indiquer, souvent ces efforts médicateurs avortent, et la maladie va visiblement à l'extinction de la vie, par la destruction partielle de l'organisme. Mais bien souvent aussi, alors que la nature est impuissante à combattre le mal par ses seules ressources, elle dessine au moins la voie qui doit conduire à ce but. Est-ce la signification des troubles fonctionnels qui, dans les cas précédents, accompagnaient les fièvres intermittentes dont nous venons d'étudier une forme particulière? et la méthode évacuante ne réussit-elle si admirablement dans ces cas, que parce qu'elle va dans le sens même des forces dont est doué l'organisme? Nous ne savons;

mais ce que nous affirmons, c'est que cette doctrine qui, dans tous les temps, a rallié les intelligences les plus élevées, est la sauvegarde d'une science qui, quand elle ne se vante pas, doit reconnaître qu'elle est souvent stérile dans ses affirmations dogmatiques.

UN MOT SUR LES AFFECTIONS CUTANÉES DYSCROMATEUSES, ET EN PARTICULIER SUR LE TRAITEMENT DE LA PANNE HÉPATIQUE PAR LA POMMADE AU GOUDRON.

Nous appelons panne hépatique, taches hépatiques, une affection de la peau que notre maître Alibert avait classée dans ses dermatoses dyscromateuses, et que la plupart des auteurs avaient désignée sous le nom d'*éphélides*, et confondue avec les taches de rousseur, diverses macules scorbutiques, ou les taches inégales que certaines femmes, en faisant abus des chaufferettes, ont en hiver à la partie interne des cuisses.

L'histoire de cette maladie, bien obscure, non-seulement quant à ses causes, mais aussi pour ce qui concerne les éléments anatomiques qui la constituent, n'a pas suffisamment été éclairée, lorsqu'on a avancé que son existence pathologique siégeait dans le pigmentum. Les recherches anatomiques auxquelles nous nous sommes livré ne nous en avaient cependant pas appris davantage; mais par induction, ou bien embrassant tous les phénomènes et surtout les diverses affections dyscromateuses, il n'est pas impossible d'arriver à certaines vérités qui prennent d'autant plus de force qu'on ne saurait s'en rendre compte en les considérant différemment. En effet, de ce que l'altération n'est point dans une dégénérescence de texture, de ce que certaines colorations de la peau surviennent après l'introduction dans les humeurs d'un agent chimique, de ce que cet agent, parmi tous les tissus humains, ne colore que la peau, il doit s'ensuivre que le phénomène s'effectue à la peau, ou par des décompositions chimiques qui s'opèrent dans ses couches elles-mêmes, ou par le dépôt de toute pièce de ces mêmes principes. C'est ainsi du moins que l'on peut expliquer cette bizarre coloration ardoisée, bleuâtre ou cuivrée, que MM. Powell, Roger, Albers, Schleiden, Butini de Larive, Alibert, Biett et nous-même avons observée après l'administration du nitrate d'argent sur certains sujets; d'autant que ce n'est que quelques couches de la peau qui sont susceptibles de s'emparer de cet oxyde d'argent, que M. Beaude assure avoir pu reconnaître. D'ailleurs, ce qui est certain, c'est que la peau a la singulière propriété de retenir les matières colorantes qu'on y dépose, comme le prouvent ces tatouages indélébiles que divers peuples et nos soldats se font exécu-

ter. Enfin ces nigréties générales et presque instantanées, survenues sous l'influence de peines morales, pourraient-elles autrement s'expliquer qu'en admettant que le sang, tout à coup modifié dans son état chimique, trouve seulement à la peau un réactif qui détermine une coloration morbide, ou bien que ce n'est qu'à la peau qu'une certaine capillarité vasculaire a pu arrêter ces globules colorants déjà formés de toute pièce dans les liquides animaux? Harrold a vu un homme devenir tout noir par l'effet d'un sulfure de mercure qui se forma dans ses humeurs à la suite de l'administration du soufre, alors qu'il était saturé de mercure.

Telle est donc, dans l'état de la science, l'explication que l'on peut donner de ces singulières dermatoses; mais il est plus difficile de se rendre raison de ces taches, de ces zones, de ces marbrures partielles, qui ne sauraient tirer leur source d'une altération chimique préexistante dans le sang ou les autres humeurs; car alors, pourquoi affecteraient-elles plus spécialement cette partie de la peau qu'une telle autre? Indubitablement, dans ces deux effets il y a deux causes : dans l'une, la cause première est dans les humeurs qui déposent sur la peau leur matière morbide colorante; dans le second cas, c'est la peau altérée dans son état chimique ou sa capillarité, qui arrête certaines particules du cruor sain et normal.

En considérant ainsi ces phénomènes, la *vitiligue* et la *carate* ne sont plus des énigmes, et le groupe des dermatoses dyscromateuses d'Alibert devient aussi naturel que la famille des labiées, par exemple, dont toutes les espèces ont la tige plus ou moins carrée, et la saveur aromatique plus ou moins camphrée. En effet, dans la *vitiligue*, cette albification partielle de notre peau, et dans la *carate*, ces taches blanches sur celle des nègres, dépendent d'une sorte d'atrophie de la couche gemmulée de la peau, témoignée par la diminution d'épaisseur et de sensibilité aux points albifiés. Or, on doit dès lors concevoir que si la couche gemmulée est atrophiée, elle doit de nécessité cesser d'accomplir son dépôt pigmentaire, ne pouvant soustraire au sang ses matériaux indispensables à la coloration, et peut-être ne permettre dans ses capillaires plus ténus que l'accès des sucs blancs, dont les globules sont aussi plus petits. Dans la panne, cette même couche cutanée est évidemment hypertrophiée, puisque les vaisseaux sanguins capillaires paraissent plus développés et se gorgent davantage de sang, ce qui augmente momentanément l'intensité de la coloration, et détermine du prurit et des picotements, surtout à la suite de l'exercice, de la transpiration, etc. Enfin, cette hypertrophie est-elle atonique ou asthénique, porte-t-elle sur autre chose que sur la dilatation des vaisseaux sanguins? Je l'ignore. Mais ce qui

est certain, c'est qu'en été, lorsque le corps est en sueur, les picotements que les malades accusent sont quelquefois insupportables, tandis qu'en hiver, au contraire, ces taches hépatiques disparaissent quelquefois, mais dans tous les cas pâlissent manifestement sous l'influence du froid et des astringents.

On a beaucoup parlé de l'influence de la lumière solaire sur ces affections; mais nous n'avons jamais remarqué que la panne fût plus fréquente dans le midi que dans le nord de la France, et la vitiligue plus spécialement l'affection des prisonniers de Bicêtre que du paysan de Provence. L'insolation augmente bien, il est vrai, les picotements et l'intensité de la coloration de la panne hépatique, mais c'est par la stimulation où la congestion sanguine qu'elle occasionne. Dans le lentigo (taches de rousseur) les choses se passent un peu différemment : les taches diminuent, ou deviennent presque imperceptibles, chez les personnes qui ont soin d'éviter le soleil; tandis que chez les paysans, les lentilles prennent une extension et surtout une coloration bistrée quelquefois surprenantes. Cette différence tient essentiellement à une particularité anatomique qui distingue l'une et l'autre affections, particularité qui doit changer absolument le mode d'action des agents thérapeutiques. Ainsi, dans la panne hépatique et le négrédo, nous avons pu nous assurer que l'épiderme ne participait point à la coloration pathologique. Il n'en est pas de même pour les taches de rousseur, car nous avons constaté, en séparant par l'ébullition, l'épiderme des autres couches de la peau, qu'il conservait, surtout lorsqu'on le laissait sécher de nouveau, les disques bistrés des lentilles.

Ainsi que l'indique Alibert dans sa monographie des dermatoses, j'ai trouvé chez un individu taché de pannes hépatiques des calculs biliaires dans la vésicule du fiel; mais je me hâte de prévenir que j'ai toujours regardé ce fait comme une simple coïncidence, qu'en conséquence je me range de l'avis de MM. Cazenave et Schedel, qui ne croient cette affection pas plus sous l'influence du foie que de tout autre organe; car la plupart des sujets qui portent cette affection jouissent d'ordinaire de la meilleure santé. Au reste, ce n'est point par les rapports que cette maladie de la peau peut avoir avec les fonctions de l'organe sécréteur de la bile qu'Alibert lui a donné le nom de *panne hépatique*, mais simplement à cause de la coloration qu'a prise la peau, et qui rappelle assez bien celle du foie ou de la rhubarbe.

Enfin, disons encore que si l'obscurité régnait dans les phénomènes pathologiques de la panne hépatique, le dénûment de modificateur thérapeutique était bien plus grand, et qu'en toute vérité l'on pouvait soutenir que les dermatologistes modernes n'étaient guère plus avancés

que Celse, qui avouait que c'était folie de vouloir traiter les lentilles et les éphélides : ***Penè ineptiæ sunt curare lenticulas et ephelidas; sed eripi tamen fœminis cura cultùs sui non potest.*** Car de ce qu'on avait reconnu que le froid diminuait l'intensité de la coloration des pannes hépatiques, les astringents en topique qu'on avait essayés n'avaient fourni aucun résultat important, et, dans la plupart des cas, étaient aussi inutiles que le soufre, les eaux sulfureuses et la série des dépuratifs intérieurs. Nous en étions donc là avec tous les thérapeutistes, lorsqu'une jeune Anglaise, femme de chambre à Paris, fut admise dans les salles d'Alibert, à l'hôpital Saint-Louis. Cette fille, qui portait de larges taches de panne au cou et sur les épaules, était fraîche, bien portante, et avait la peau d'une remarquable blancheur; mais les bains sulfureux alcalins, les fumigations sulfureuses et cinabrées, les eaux d'Enghien à l'intérieur, les purgatifs réitérés, demeurèrent sans effet sur l'affection dyscromateuse. L'incurabilité de cette fille fut alors tellement évidente, qu'Alibert ne s'en occupa plus, la conservant seulement comme fait de clinique. Ce fut donc sur ces entrefaites, alors qu'avec un de mes condisciples, Giron de Buzareignes, ou Duchesne Duparc, je ne puis me rappeler lequel des deux, nous faisions des essais sur l'action thérapeutique du goudron, que je fis frictionner la malade avec une pommade de goudron, à laquelle je crus devoir faire ajouter du sulfate de zinc. En peu de temps l'effet fut manifeste, les pannes diminuèrent de coloration et d'étendue, et enfin disparurent. Mais, chose singulière, peu s'en fallut que ce fait ne fût perdu pour mon expérience, tellement mon esprit conserva de l'incertitude sur le vrai agent curatif : était-ce au goudron, au sel de zinc, ou à la continuation des bains que la malade devait sa guérison? D'ailleurs l'occasion d'observer la panne hépatique ne se rencontra plus pendant mon séjour à l'hôpital Saint-Louis, et j'arrivai en Provence avec toute l'incertitude des dermatologistes sur ce point.

C'était au milieu de ces dispositions d'esprit, c'est-à-dire ne croyant à l'efficacité d'aucun traitement pour la panne hépatique, qu'à Manosque même, il y a trois ans, je fus consulté par M. ***, avocat, habitant une commune des environs. M. *** portait une panne hépatique qui lui entourait tout le cou comme une cravate, mais se limitait à ce point, que des cols assez élevés masquaient entièrement la teinte pathologique. En été, et surtout en se livrant à l'exercice de la chasse, M. *** éprouvait des picotements désagréables et même fatigants ; il désirait donc se débarrasser de cette affection, et il avait suivi pour cela inutilement une consultation de Biett, qu'il avait vu dans un voyage à Paris, ainsi que les conseils du professeur Ducros, de Marseille, qui lui avait fait prendre des bains de sublimé à de très-fortes proportions.

Ma première parole à M. *** fut que je ne connaissais aucun agent médicateur sur lequel j'eusse la moindre confiance pour le débarrasser de son affection, lorsque, au milieu de notre conversation, je me rappelai la fille anglaise dont j'ai parlé. Je lui proposai donc, avec un doute extrême que je lui fis partager, l'essai d'une pommade au goudron, mais, cette fois, sans y joindre le sulfate de zinc. En voici la formule :

Prenez : Axonge. . . . . . 30 grammes.
Goudron . . . . . 10 grammes.
Mêlez exactement.

Les frictions furent exactement faites ; et, huit jours après, la coloration hépatique avait considérablement diminué; puis, en procédant du centre à la circonférence, elle disparut entièrement après trois semaines. Lorsque cette paune fut ainsi disparue, M. *** m'avoua qu'il en portait également des taches au pubis, sur le scrotum et le pénis, taches qui lui occasionnaient des démangeaisons et des picotements beaucoup plus incommodes et douloureux qu'au cou. Or, nous devons déclarer qu'ici elles furent beaucoup plus rebelles : circonstance qui faisait encore craindre au malade que les médecins qu'il avait précédemment consultés, et qui attribuaient l'affection cutanée à une origine syphilitique, n'eussent encore raison. Mais, me fondant sur l'aspect du mal, sa parfaite similitude avec la tache du cou, et enfin l'inutilité des traitements mercuriels antécédents, je persévérai dans ma médication, qui finit par détruire ces taches et faire disparaître les symptômes fatigants qui les accompagnaient. Seulement, à cause de la transpiration des parties, de la sécrétion folliculeuse de la peau dans cette région, et partant des altérations que quelques restes de la pommade dans les plis de la peau pouvaient subir, je conseillai de faire tous les matins des ablutions tièdes avec une eau légèrement alcaline. Enfin, comme je l'ai déjà dit, toutes les taches disparurent, voilà plus de trois ans de cela, et M. *** ne m'a jamais plus parlé du retour de son affection.

Maintenant, ce traitement réussirait-il également sur les autres maladies dyscromateuses? Je l'ignore entièrement, n'ayant pas pu faire des essais qui m'éclairassent sur ce point. Je livre donc ces observations ultérieures aux dermatologistes expérimentateurs ; mais, autant qu'il est permis de prévoir un pareil résultat, je dois dire que la différence de condition pathologique, quoique minime, qui existe entre ces affections ne doit pas le faire supposer.

DAUVERGNE, D. M. P.,
Médecin de l'hospice de Manosque (Basses-Alpes).

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

MÉMOIRE SUR UNE NOUVELLE MÉTHODE DE HATER LA GUÉRIDON DES PLAIES RÉCENTES.

(Suite et fin.)

Observations particulières. Emploi de la ventouse. — Frappé de l'heureux résultat des moyens employés par les anciens pour prolonger l'effusion du sang dans les plaies récentes (sauf les cas de section de gros vaisseaux) et de ceux dont se servent journellement des personnes étrangères à notre art, je résolus d'y recourir aussitôt que l'occasion s'en présenterait. Mais au lieu d'employer la succion buccale, je songeai à me servir d'une ventouse à pompe; celle-ci m'offrait le triple avantage de ne point toucher avec la bouche les lèvres de la plaie, ainsi que faisaient les anciens psylles, de ne pas risquer de brûlure, enfin d'opérer avec une certaine force, notamment quand la lésion de continuité présente de l'étendue et plusieurs complications. Je ne citerai que quelques faits, et je suivrai dans leur brève description la marche que j'ai adoptée précédemment en faisant l'exposition des plaies selon leur degré de complication, l'abondance du *détritus*, par conséquent selon leur probabilité plus ou moins grande de guérir par première intention, ou bien à la suite de l'inflammation et de la suppuration.

Un homme qui se rasait s'entendit appeler; il tourna brusquement la tête, et se fit à la joue une blessure de deux centimètres environ d'étendue, mais sans profondeur. Quand j'arrivai, la plaie saignait à peine. J'appliquai une ventouse à pompe, et le sang reparut, mais en petite quantité. Les bords de la plaie (qui s'écartent toujours pendant l'action de la ventouse) ayant été ensuite rapprochés et maintenus par des bandelettes de taffetas d'Angleterre, la guérison s'opéra en peu de temps; il n'y eut qu'un peu de phlogose sur les bords de la plaie.

Deux soldats de la gendarmerie d'élite, de l'ancienne garde royale (corps auquel j'étais attaché en qualité de chirurgien), se battirent en duel. L'un d'eux reçut à la partie externe et supérieure de la cuisse droite un coup de sabre. La blessure, quoique assez profonde et étendue, ne présentait aucune gravité. Quand j'arrivai, les deux lèvres de la blessure étaient assez largement séparées, le sang ne coulait plus et l'on observait un léger caillot au fond de la plaie. Après avoir mis le

malade dans une position favorable, j'appliquai deux fois la ventouse à pompe. Après avoir *exprimé* une certaine quantité de sang, je fis la réunion au moyen de longues bandelettes de diachylon gommé, et la plaie guérit en peu de temps. Il n'y eut pourtant pas de guérison par adhésion primitive, dans la stricte acception du mot, mais l'inflammation et la suppuration furent à peine indiquées.

Les plaies récentes par l'effet des instruments piquants présentent plus de difficultés que les précédentes, attendu que l'action de la ventouse ne peut avoir lieu sur toute la surface de la plaie, qui, longue et étroite, se resserre encore au bout de très-peu de temps par un léger gonflement. Cependant l'application de l'instrument est d'autant plus nécessaire dans ces plaies, qu'elles saignent peu en général, qu'il y a beaucoup de sang épanché ou infiltré, et que le détritus est plus abondant; aussi ces plaies, pour peu qu'elles soient profondes, ne guérissent jamais par première intention. Toutefois, s'il est possible d'appliquer immédiatement la ventouse, on obtiendra toujours une certaine quantité de sang et de détritus, dès lors l'inflammation et la suppuration auront le moins d'intensité possible. Plus l'instrument, je le répète, sera aigu, à surfaces polies et glissantes, plus il y aura de chances de guérison, toutes choses étant égales d'ailleurs. On peut en outre augmenter l'action réitérée de la ventouse par des pressions douces sur le trajet de la plaie, si cela est possible, par l'emploi de l'eau chaude qui favorise l'épanchement du sang; enfin, dans certains cas, par des incisions pratiquées à une ou aux deux ouvertures de la plaie, surtout quand on doit craindre un étranglement inflammatoire.

Un ouvrier se perça la main de part en part avec un foret. Appelé très-peu de temps après l'accident, je fis plonger la main dans de l'eau chaude pendant un quart d'heure environ; puis, ayant appliqué une ventouse sur le dos et sur la paume de la main, j'obtins encore quelques gouttes de sang. Le gonflement ultérieur fut très-modéré ainsi que l'inflammation, et le malade guérit en peu de temps. Un jeune chirurgien, s'étant battu en duel avec un de ses camarades, reçut un coup d'épée qui, glissant du poignet sur la surface antérieure de l'avant-bras, fit une seconde ouverture près du pli du bras, mais sans intéresser les gros vaisseaux sanguins de la partie. Ayant agrandi au moyen d'un bistouri les deux ouvertures, j'exerçai de légères compressions expulsives sur le trajet de la plaie; je fis placer la partie blessée quelque temps dans l'eau chaude, j'appliquai une ventouse à chaque ouverture, afin d'obtenir le plus de sang possible. L'engorgement et l'étranglement subséquents, qui ont lieu dans ce cas, furent très-modérés; la suppuration eut lieu, mais sans dépôts multipliés, sans fusées, et le

malade ne tarda point à se rétablir, sauf un peu de raideur dans les mouvements pendant près de deux mois.

On peut ranger les *morsures*, jusqu'à un certain point, dans la classe des plaies par piqûres, avec cette différence néanmoins que la dent ou le crochet de l'animal n'étant jamais aussi affilée qu'une épée ou un stylet, il y a presque toujours déchirement, et par conséquent épanchement de sang, détritus plus ou moins abondant. Bien entendu qu'il ne s'agit point ici des morsures faites par les dents molaires du cheval ou de l'âne, qu'il faut assimiler aux plaies contuses par arrachement ou par broiement. Il est également inutile, je crois, de recommander l'application de la ventouse dans le cas de morsure d'animaux enragés; nous avons fait voir précédemment (*Voyez* page 348) les avantages que les anciens et les modernes en ont obtenus. Mais je pense que, *dans tous les cas de morsure*, il convient d'agrandir les ouvertures extérieures, de plonger la partie dans l'eau chaude, ou d'appliquer un cataplasme, enfin de recourir à la ventouse pour obtenir le plus de sang possible. Il est rare que des accidents graves se déclarent à la suite de cette méthode tout à fait rationnelle et expérimentale. Je pourrais en citer plusieurs exemples, je me contenterai du suivant. Une jeune dame, dirigeant un cabinet de lecture, fut mordue à la main par un énorme chat, et mordue de manière que les quatre crochets de l'animal traversèrent la main assez délicate de cette dame. Il fut bien constaté que l'animal n'était point enragé. Une personne présente à l'accident, quoique étrangère à la médecine, conseilla à la malade de plonger sa main dans de l'eau chaude et de l'y tenir aussi longtemps que possible. Cet excellent conseil fut aussitôt exécuté, et cependant il ne sortit que peu de sang. J'appliquai plusieurs fois la ventouse à pompe sur les deux surfaces de la main, opération qui fut un peu douloureuse, et qui est parfois assez difficile sur la partie dorsale, à cause des inégalités tendineuses; j'obtins un peu de sang. Je craignais néanmoins le développement d'accidents graves, mais ils n'eurent point lieu; tout se borna à un gonflement douloureux de la main, qui dura près de trois semaines, mais sans inflammation ni suppuration.

Quant aux plaies contuses, j'ai déjà fait remarquer que, d'après une expérience constante, il n'y a pas possibilité d'obtenir la guérison par première intention; l'irritation, l'inflammation, et la suppuration sont indispensables; or, pourquoi cette nécessité? précisément à cause du déchirement des parties, du sang épanché et infiltré, en un mot, d'une masse considérable de *détritus* qui a besoin de l'élaboration vitale pour être expulsée et faire naître les conditions propres à la cicatrisation. Toutefois je puis assurer que l'application de la ventouse à pompe,

faite avec prudence et discernement, diminue l'intensité de la réaction inflammatoire qui se manifeste quelque temps après la blessure reçue. Ainsi, à moins que la lésion d'un vaisseau d'un certain calibre n'en exige la ligature ou la compression, faire plonger la partie blessée dans de l'eau tiède pour en opérer le dégorgement, appliquer ensuite une ou plusieurs fois la ventouse à pompe, rapprocher les lambeaux s'il en existe, les contenir soit par des bandelettes de sparadrap, soit par des points de suture, recouvrir ensuite, pendant quelque temps, la partie de compresses imbibées d'une solution d'extrait de saturne dans de l'eau froide, telle est la méthode la plus convenable pour diminuer l'intensité inflammatoire, résultat indispensable d'une plaie contuse; il n'y a pas de plus puissants *détersifs* pour arriver à la cicatrisation. Il est évident néanmoins que ce traitement doit être modifié d'après les circonstances produites par l'étendue et la profondeur de la plaie, par les lésions variées des parties, enfin par la cause vulnérante elle-même. C'est ainsi que dans les plaies accompagnées de fracture, il est essentiel, avant d'appliquer la ventouse, d'enlever les petites esquilles s'il y en a, de replacer les fortes esquilles, enfin de procéder à la coaptation des fragments, quand la fracture a lieu dans un os long. Il est encore à remarquer que dans les plaies contuses, l'application de la ventouse offre de la difficulté à cause du peu de surface des parties, notamment dans les extrémités inférieures des membres. Cette difficulté est d'autant plus grande que si l'on se sert d'une *cucurbite* de peu d'étendue, le vide se fait à peine et il n'y a qu'une faible aspiration. Lorsqu'un doigt est écrasé, par exemple, cette application n'est pas possible. La ventouse par succion buccale doit seule être employée, parce que la bouche peut s'adapter aux différents volumes des corps, mais évidemment elle serait insuffisante et de peu d'utilité dans le cas dont il s'agit; il faudrait alors recourir à une capsule ou cucurbite d'une petite ouverture et en même temps d'une certaine capacité où le vide, pouvant pleinement avoir lieu, déterminerait une certaine force d'aspiration.

Quant aux plaies d'armes à feu, ces plaies éminemment contuses, il est certain que l'appplication de la ventouse à pompe sera d'une grande utilité dès le début du traitement. Il y a longtemps que les vrais observateurs, c'est-à-dire les observateurs de bonne vue et de bonne foi, ont remarqué que plus on rapproche ces blessures des plaies simples, c'est-à-dire saignantes, plus le dégorgement sera complet, moins l'étranglement inflammatoire sera intense, la suppuration prolongée. De là le précepte de débrider, d'inciser immédiatement ces plaies, soit pour en enlever les corps étrangers, soit pour faciliter l'issue du sang épanché

et infiltré. Malgré ces excellents préceptes, que de fois n'ai-je pas vu, dans nos ambulances, et dans les hôpitaux, pendant les rudes campagnes napoléoniennes, de formidables accidents être presque toujours le résultat de l'engorgement inflammatoire, suite infaillible du désordre occasionné par le corps vulnérant qui, dans son trajet, brise, déchire et broie les parties! Mais combien d'accidents n'aurais-je pas prévenus si, dans beaucoup de cas, j'avais eu recours à la ventouse à pompe, dont l'usage n'était pas connu à cette époque! La seule amélioration que je fis pour la facilité, la promptitude et l'économie dans les pansements, fut de substituer à l'emploi de la charpie fine celui des feuilles de plomb, pour les plaies à surface unie et en voie de cicatrisation (1). Depuis cette époque, je n'ai eu que très-peu d'occasions d'employer la ventouse à pompe dans les cas de plaies d'armes à feu. Voici pourtant deux cas où j'y eus recours avec avantage. Un gendarme d'élite, voulant démonter un pistolet qu'il ne croyait pas chargé, pressa la détente, et le coup partit. La balle vint frapper la main droite d'un de ses camarades, qu'elle traversa, sans trop de désordre, entre la partie inférieure du pouce et le premier os métacarpien. Appelé peu d'instants après, je fis plonger la partie blessée dans de l'eau tiède, puis j'appliquai les ventouses aux surfaces de la main sur les deux plaies; il sortit une certaine quantité de sang. D'abord l'inflammation fut assez vive, mais cet accident se dissipa en peu de temps, et la période de suppuration ne fut pas de longue durée.

Un jeune homme reçut, en se battant en duel, un coup de pistolet. La balle pénétra dans le bras droit, un peu au-dessus du pli du bras, parcourut une partie des muscles et sortit un peu en arrière de l'articulation de l'épaule, en rasant la surface de l'humérus. Après avoir largement débridé les deux ouvertures, j'appliquai la ventouse à chacune d'elles. Le sang coula avec une certaine abondance; l'inflammation qui survint étant très-modérée, aucun accident n'eut lieu, et la guérison ne tarda pas à se manifester. Je conviens que les deux cas précédents ne présentent aucun caractère de gravité. Il n'y a ici, comme dans une foule d'autres cas de plaies d'armes à feu, ni corps étranger, ni fracture, ni enclavement de la balle, etc. Toutefois, il m'est évident que non-seulement l'application de la ventouse a favorisé la guérison dans ces deux faits, mais que le même moyen employé dans les cas graves, diminuant par une forte expulsion de sang et de détritus l'inflammation, préviendrait ainsi de funestes résultats.

(1) Voyez le Mémoire sur ce procédé, *Bull. de Thérapeutique*, t. VII, pages 351 et 386.

Je n'ai point eu l'occasion d'employer le moyen dont il s'agit, après de graves et importantes opérations de chirurgie, mais je suis porté à croire à son utilité pour diminuer l'intensité inflammatoire et hâter la période de cicatrisation. La probabilité, qui prévoit plus qu'elle ne voit, s'élève cependant sur ce point à un degré presque égal à celui d'une démonstration, car les mêmes causes produisent les mêmes effets. Je suis donc convaincu que si, après une grande amputation, de nombreux vaisseaux étant liés ou tordus, on appliquait une large ventouse à pompe sur la surface de la plaie pour en extraire le détritus avant de rapprocher les lambeaux et d'appliquer l'appareil, on diminuerait de beaucoup l'inflammation et la suppuration ; peut-être même pourrait-on prévenir ainsi l'infection purulente, ce déplorable accident qui fait succomber tant de malades. Où serait le danger d'un pareil essai?

En résumé, le principe d'expulser d'une plaie tout ce qui peut déterminer l'inflammation, retarder la cicatrisation, porte avec lui la conséquence d'un moyen capable d'opérer cette expulsion. L'application d'une ventouse à pompe, dans certaines conditions précédemment déterminées, paraît le moyen le plus convenable et le plus énergique pour atteindre ce but. L'utilité de ce procédé, loin d'être une hypothèse gratuite, repose au contraire sur les faits, et le raisonnement sur les phénomènes de la vie les mieux observés. S'il est prouvé que toute vérité scientifique doit arriver à cet état de clarté, de simplicité, qui la rend incontestable, nous croyons y être parvenu pour le procédé objet de ce travail.

Réveillé-Parise.

DE QUELQUES ACCIDENTS CONSÉCUTIFS A L'EXTRACTION DE LA CATARACTE, ET EN PARTICULIER DE LA FONTE PURULENTE DE LA CORNÉE ET DU GLOBE OCULAIRE ; DES MOYENS DE PRÉVENIR CES ACCIDENTS.

Par le docteur Sichel.

(Suite et fin.)

Écartement des lèvres de la plaie de la cornée.

La seconde cause de la suppuration de la cornée, selon nous la cause principale et la plus ordinaire, c'est l'*écartement du lambeau*, qui peut avoir lieu de différentes manières. Les circonstances qui le produisent sont les suivantes :

A. *Accidents qui peuvent survenir pendant l'opération même.*

1° Un lambeau mal fait est une des causes les plus fréquentes de

l'écartement, et par cette raison on ne peut mettre trop de soin pour lui donner toute la régularité possible sous le rapport de sa forme et de ses dimensions. Le lambeau égalera à peu près la moitié de la circonférence de la cornée; il sera partout distant de deux millimètres de la jonction de la sclérotique et de cette membrane, exactement semi-circulaire, sans aucune déchiqueture ni dentelure, taillé entièrement, à l'exception de sa dernière petite bride, en poussant le kératotôme sans lui imprimer aucun mouvement de tiraillement ou de scie. Pour l'obtenir ainsi il faut faire la ponction et la contre-ponction à presque deux millimètres de la circonférence de la cornée, et à peu près à la même distance au-dessus du diamètre transversal de cette membrane, si l'on veut faire la section directement en bas. Je préfère de beaucoup la section oblique d'après Wenzel, et je pratique par conséquent la ponction à trois millimètres au moins au-dessus de l'extrémité externe du diamètre transversal, et la contre-ponction à la même distance au-dessous de son extrémité interne. Je me suis expliqué ailleurs sur la valeur de la kératotomie supérieure, dont les avantages et les désavantages me semblent se balancer à peu près, et à laquelle il faut également appliquer les règles précédentes. Pour faire la ponction, il faut que la lame du couteau forme avec la cornée un angle non pas droit, mais très-obtus, afin de la percer fort obliquement et de tailler les bords du lambeau en biseau et sans tiraillement. Lorsque la section sera presque terminée et qu'il ne restera plus qu'une petite bride de la cornée à couper, on s'arrêtera un instant, en recommandant au malade de se calmer et de s'abstenir de toute contraction des muscles oculaires; puis, au lieu de continuer à pousser le kératotôme en avant, on le fera rétrograder en lui imprimant une douce pression, et l'on terminera ainsi l'incision sans saccade ni violence. Cette modification de l'opération, qui m'a été suggérée par l'expérience, me donne depuis nombre d'années de très-heureux résultats; elle prévient surtout la sortie brusque du cristallin, la procidence du corps vitré et l'écartement des lèvres de la plaie. C'est elle qui m'a fait comprendre pourquoi M. Alexander (de Londres) pratique la section de la cornée en deux temps, en retirant le kératotôme, et en coupant la dernière bride de cette membrane à l'aide de ciseaux, précaution qui me paraît inutile et nuisible.

Un lambeau beaucoup trop grand, se terminant trop près de la sclérotique, surtout avec le concours des autres circonstances défavorables que nous allons énumérer plus loin, s'écarte beaucoup plus facilement, s'infiltre et amène la suppuration, sans que pour cela il se présente aucun symptôme qui puisse indiquer la mortification de la cornée. Mais ce n'est point seulement une section trop grande qui donne lieu à

l'écartement et à ses suites ; une section trop petite les produit également et très-facilement, par la raison que le cristallin, surtout s'il est très-volumineux, ne peut sortir qu'à l'aide d'une pression plus ou moins forte, et en poussant violemment devant lui le lambeau de la cornée déjà soulevé par cette pression même. De là découle la règle de plutôt donner à la section une étendue trop grande que trop petite dans les cas de cristallin très-volumineux, comme le sont d'ordinaire les cataractes lenticulaires demi-dures ou demi-molles. Ces cataractes sont facilement reconnaissables aux caractères que nous avons indiqués dans notre *Traité de l'Ophthalmie*, etc., pages 485 et 487, et qui peuvent se résumer ainsi : teinte claire, d'un gris plus ou moins blanchâtre, ombre portée de l'iris peu prononcée, contractions peu étendues de cette membrane, vision en général plus complétement abolie et moins amendée par la demi-obscurité que dans les cataractes dures.

2° La section de la cornée terminée, la kystitomie et la sortie du cristallin souvent très-difficile exigent encore de très-grandes précautions. Un kystitôme de dimensions trop grandes, une curette trop grossière ou trop souvent introduite qui froisse et contusionne l'iris, surtout lorsque l'œil est très-mobile ; une pression trop forte exercée pour faire sortir le cristallin, surtout la mauvaise habitude de se servir dans ce but de la curette directement appliquée sur le globe oculaire au lieu du doigt placé sur la paupière inférieure interposée, moyen par lequel on gradue mieux la pression qu'avec un instrument ; enfin la brusquerie déjà mentionnée de certains chirurgiens : toutes ces circonstances isolées ou réunies peuvent devenir funestes en provoquant de la part des muscles oculaires des contractions violentes et soudaines capables de favoriser le soulèvement et l'écartement du lambeau, surtout lorsque la sensibilité nerveuse du malade est grande et l'œil très-agité. On évitera toutes ces circonstances fâcheuses en employant comme kystitôme une simple aiguille dont la lance très-courte et très-étroite est tranchante seulement dans une petite étendue de ses deux bords et mousse partout ailleurs, et dont le manche porte à son extrémité postérieure une petite curette mince et large d'à peine trois millimètres, que nous n'introduisons qu'avec précaution et délicatesse, et le moins souvent possible. S'il reste quelques flocons capsulaires que la curette ne réussit point à enlever, il faut se servir d'une pince mousse et extrêmement fine qu'on introduira fermée et qu'on aura soin de ne pas trop ouvrir, afin de soulever le lambeau le moins possible. On fera sortir le cristallin très-lentement, en exerçant, de la manière que nous avons indiquée, une pression très-douce et graduée, qu'on ralentira encore un peu au moment où le cristallin franchit la pupille et les lèvres de la plaie. Immédiatement après la

sortie de ce corps, l'aide lâchera la paupière supérieure; on n'ouvrira l'œil que pour les essais de vision les plus indispensables, lesquels, en donnant au malade la conviction du succès, le calment beaucoup et préviennent l'agitation nerveuse et la trop forte réaction. Après avoir couché le malade aussi horizontalement que possible, et avoir affronté exactement les lèvres de la plaie, on appliquera soigneusement les bandelettes de taffetas d'Angleterre comme nous l'avons exposé plus haut. La flaccidité de la cornée, qui est assez rare, et qu'on ne rencontre guère que chez les vieillards, peut quelquefois devenir un obstacle à l'application exacte du lambeau, et par suite une des causes de son écartement, qui heureusement peut rester partiel. L'observation V, intéressante à d'autres titres, en fournira un exemple.

Obs. V. *Cataractes lenticulaires presque molles; extraction. Cornées flasques. Écartement du lambeau droit; suppuration arrêtée avec succès; vision assez bonne. Iritis gauche survenu sans douleur et suivi de cataracte capsulaire secondaire adhérente. Influence de la constitution atmosphérique.* — Mme B., âgée de soixante-quatre ans, grêle, maigre, d'une constitution nerveuse et peu forte, est opérée le 5 septembre 1842 par extraction de deux cataractes demi-molles; celle de l'œil gauche est presque molle. Les cornées, très-flasques, se renversent en dedans; la concavité de leur surface externe qui en résulte ne s'efface qu'au bout de quelques minutes. Le bord libre du lambeau de la cornée droite se recoquille un peu en dedans; je le redresse aussi bien que possible à l'aide de la curette, après avoir extrait de petites portions de substance molle. Dans la pupille gauche il reste des débris capsulo-lenticulaires en plus grande quantité, dont je n'extrais qu'une partie, craignant, à cause de la flaccidité des cornées, que l'emploi plus prolongé de la curette ne donne lieu à un écartement du lambeau, lequel est également un peu béant.

Malgré tout le soin que je prends de bien affronter les lèvres de la plaie de l'œil droit, j'éprouve une grande difficulté à appliquer les bandelettes de taffetas agglutinatif, le lambeau, bien que taillé avec une parfaite régularité, se dérangeant facilement à cause de la minceur et de la flaccidité du tissu cornéen. Il a aussi été sans doute déplacé le lendemain par des mouvements que de violents maux de reins ont fait faire à la malade, très-calme avant et pendant l'opération.

Le 12, les yeux sont bien, mais les cicatrices sont un peu béantes et recouvertes d'une matière jaunâtre. Je conseille de tirer fréquemment sur les paupières inférieures et, de temps à autre, d'appliquer légèrement deux doigts sur les paupières supérieures. Les jours suivants, la cicatrice de la cornée gauche se montre assez solide, mais les lèvres de celle de l'œil droit sont toujours écartées et recouvertes de matière puriforme. Dans la pupille gauche, il y a une cataracte secondaire grisâtre, dont la teinte blanchit un peu les jours suivants.

Le 18, l'œil gauche est un peu enflammé et son iris commence à se décolorer. (Appliquer 12 sangsues au-devant de l'oreille gauche. Onguent napolitain, 10 grammes, en onctions sur le front et la tempe gauche.)

Le 19, l'iris gauche est un peu tiré en arrière et adhérent à la cataracte capsulaire secondaire; la pupille est assez étroite. La malade compte mes doigts, mais elle ne le fait que de l'œil droit dont la pupille est assez large et nette. Le lambeau du même côté est soulevé; entre les lèvres assez béantes de la plaie se trouve un peu de pus. La conjonctive est légèrement injectée à cause d'un léger renversement des paupières inférieures qui semble contribuer à l'écartement du lambeau droit; je ne réapplique point de bandelettes. (Deux verres d'eau de Sedlitz qui produisent beaucoup d'effet; ne point ouvrir les yeux, tirer beaucoup sur les paupières inférieures; employer de nouveau 10 grammes d'onguent napolitain pour l'œil gauche; un peu de nourriture.)

Le 21, la cornée droite est un peu plus trouble, par un léger commencement d'infiltration entre les lames; je vois moins bien la pupille. Presque pas d'injection ni d'autres symptômes d'inflammation. (Instillations de laudanum affaibli avec de l'eau.)

Le 22, il y a un peu plus de pus sur la cicatrice très-écartée. Les jours suivants la quantité du pus augmente, les lames antérieures des lèvres de la plaie sont fortement soulevées; les lames postérieures, réunies à la partie correspondante du bord cornéen inférieur, commencent à être poussées en avant en forme de kératocèle par du pus sécrété à leur face postérieure. Un second petit amas de pus en forme d'hypopyon, séparé de celui que nous venons de signaler par une strie opaque qui indique la limite inférieure de la cicatrice, se montre derrière le bord de la cornée qui est en continuité avec la sclérotique. Le lambeau est un peu opaque dans sa partie inférieure, mais derrière sa partie supérieure on voit la pupille, noire en haut dans la moitié de son étendue, et remplie en bas par la capsule opaque. La malade voit bien mes doigts et peut les compter. (Je fais cesser l'instillation du laudanum le 27 septembre, et j'ordonne deux grammes et les jours suivants trois grammes de polygala senega en décoction; les onctions d'onguent napolitain, employées jusqu'ici contre le commencement d'iritis de l'œil gauche, sont cessées.)

Le 30, je trouve une injection beaucoup plus forte des deux yeux, avec commencement de sclérotite, mais toujours sans douleur; l'altération de la couleur et de la structure de l'iris a augmenté; le pouls est un peu accéléré. On ne saurait méconnaître que le temps, toujours froid, humide et changeant, a une grande influence sur le développement et l'augmentation de l'iritis qui affecte sans autre cause connue l'œil gauche d'un individu d'une constitution aussi peu favorable aux inflammations. Plusieurs autres malades ont éprouvé des accidents analogues pendant cet automne, tandis que, pendant le printemps, presque toutes les opérations d'extraction ont réussi sans accidents. (Cessation de la décoction de polygala senega; frictions d'onguent napolitain additionné de moitié de laudanum de Rousseau; demain matin un ou deux verres d'eau de Sedlitz; ne point quitter la chambre, dans laquelle il y a du feu, et éviter tout courant d'air. Dans quelques jours, application d'un vésicatoire derrière l'oreille droite. On revient à l'instillation de laudanum de Sydenham lorsque l'ophthalmie est guérie.) Enfin après plusieurs alternatives de diminution et d'augmentation de l'inflammation, qu'on ne combat que par des moyens doux à cause de l'âge et de la faiblesse de la malade, le mieux persiste, le pus se résorbe, la cicatrice et le kératocèle se consolident et ne forment plus qu'une seule opacité. Un peu plus du tiers

de la pupille droite reste obstrué par la capsule opaque; ses deux tiers supérieurs environ sont nets, et la malade recommence à y voir. Bientôt la vue devient assez bonne pour que la malade se conduise passablement sans lunettes et parfaitement bien avec des verres du numéro cinq et demi. La pupille gauche reste étroite et obstruée par la capsule opaque, l'iris reprend sa couleur et sa structure normales, et l'on pourrait enlever la cataracte secondaire gauche, si Mme B... ne déclarait inutile cette nouvelle opération.

A la fin d'août 1843, je revois la malade dont la vue a encore gagné et qui lit de grosses lettres capitales à l'aide de simples lunettes convexes du numéro cinq et demi qui lui servent pour se conduire; mais, chose singulière, et que j'ai plusieurs fois observée lors de l'existence de cataractes capsulaires incomplètes, des lunettes à cataracte du numéro 33 et 30 ne donnent pas plus de netteté à la vision ni la possibilité de lire un caractère ordinaire. Si cette dame avait le besoin de se livrer à la lecture, à l'écriture ou à d'autres travaux minutieux, on pourrait tenter l'extraction de la capsule opaque par une large ponction de la sclérotique, telle que je l'ai imaginée en 1839 et pratiquée depuis, un grand nombre de fois, avec succès. (Voir la *Lancette française*, 1840, p. 555, 562, 570.)

3° Quant à l'influence que peut exercer la procidence du corps vitré, nous en ferons l'objet d'un article particulier.

B. *Les accidents qui peuvent avoir lieu après l'opération, et produire l'écartement, sans même que le chirurgien s'en doute, se classent sous les chefs suivants :*

1° Tout ce qui comprime le globe oculaire, surtout au-dessus du lambeau, quand il est inférieur, ou au-dessous, s'il est supérieur, doit nécessairement le soulever. Il faut donc interdire au malade, autant que possible, tout mouvement du globe des paupières, de la tête et du corps. Le simple clignement, qui chez beaucoup d'individus est très-fort et continuel, suffit souvent pour amener un certain degré d'écartement, en même temps qu'il a le très-grand inconvénient de produire souvent le renversement de la paupière inférieure en dedans et de mettre les cils en contact avec la conjonctive oculaire, le bord du miroir de l'œil ou même les lèvres de la plaie, et de devenir ainsi la cause d'une ophthalmie externe chronique plus ou moins violente qui retarde de beaucoup la guérison, et peut amener une suppuration partielle de la cornée à une époque où l'on doit se croire en général à l'abri d'un pareil danger. Il importe donc, dans le cas où ce clignotement existe, de mettre un soin tout particulier à appliquer les bandelettes de taffetas agglutinatif, après avoir préalablement tourné le plus possible en dehors la paupière inférieure. Ces dangers sont beaucoup moindres et disparaissent même en partie lorsqu'on pratique la kérato-

tomie supérieure qui, malheureusement, nous l'avons déjà dit, a d'autres difficultés et inconvénients très-graves.

Lorsque le malade a besoin d'exécuter certains mouvements, tels que de s'aider un peu de ses bras lorsqu'on le change de position, chose qu'il faut faire le plus tard et le plus rarement possible, il est surtout nécessaire de lui recommander de ne point faire d'efforts et de ne pas retenir l'haleine. La moindre imprudence de ce genre peut produire l'écartement des lèvres de la plaie ou la procidence de l'iris, et nous avons plusieurs fois vu ces accidents survenir uniquement parce que le malade, malgré des recommandations expresses, avait cédé sans précaution au besoin d'évacuer par en bas. C'est peut-être le plus grave reproche que l'on puisse faire à la méthode de l'extraction, d'exposer le chirurgien à un échec pour des causes aussi futiles, lors même que l'opération a été pratiquée avec la plus grande habileté et conformément à toutes les règles. Pour obvier à l'un des inconvénients mentionnés, nous avons pris pour habitude d'administrer, la veille de l'opération, un purgatif plus ou moins fort, et capable de produire cinq à six garde-robes, quand bien même le malade a des selles régulières et journalières. Cette évacuation abondante, jointe à une alimentation toujours faible, a pour effet une constipation qui dure environ huit jours, et qui ôte au malade le prétexte de mouvements et d'efforts dangereux.

2° Une grande agitation nerveuse et une espèce de délire qu'on trouve quelquefois chez les vieillards peuvent aussi contribuer à soulever le lambeau. On en a vu un exemple dans l'observation I. Nous en avons rencontré un second il y a peu de mois chez un campagnard septuagénaire, qui, dans ce délire qui lui était habituel, mais dont ses parents ne nous avaient point averti, s'est levé à plusieurs reprises dès la deuxième nuit après l'opération pour se promener dans l'appartement après avoir arraché la compresse et les bandelettes. Heureusement, chez ce sujet d'ailleurs très-apathique, il n'en est résulté qu'une procidence iridienne partielle, très-peu considérable, sans phlegmasie concomitante ni consécutive.

3° C'est ici que viennent se placer naturellement la procidence de l'iris et le rôle qu'elle peut jouer, en produisant l'écartement du lambeau et la suppuration de la cornée; mais le manque d'espace nous force de réserver ce sujet pour un autre article.

4° Il nous semble suffisamment prouvé que l'écartement du lambeau est la cause principale et la plus fréquente de la fonte purulente de la cornée. Cette assertion puise un nouvel appui dans l'infiltration et la suppuration tardives du lambeau qui surviennent quelquefois, lorsque

la cicatrice s'est faite d'une manière incomplète et qu'une de ses lèvres, saillante au-dessus de l'autre, présente un bord libre. Ce bord, sous l'influence d'une irritation accidentelle ou dépendante du froissement de la paupière inférieure, peut s'aviver et suppurer, même à une époque à laquelle le chirurgien ne soupçonne plus la possibilité d'un accident. Un seul exemple suffira pour faire comprendre ce que nous venons d'avancer.

Obs. VI. *Écartement presque insensible du lambeau. Suppuration de la cornée survenue longtemps après la cicatrisation.* — Mme H., âgée de cinquante-six ans, demeurant à Paris, est opérée le 30 mai 1843, à ma clinique, de deux cataractes lenticulaires, demi-dure à droite, molle avec commencement de déhiscence à gauche. Le succès immédiat est complet et la vue parfaite; les lambeaux ont été taillés très-larges, à cause du volume considérable des cataractes et de leur peu de consistance. (Fomentations d'eau froide.)

Le septième jour l'appareil est levé, la réunion des lèvres de la plaie est complète. Dans l'œil droit la cicatrice est un peu élevée et grisâtre; on réapplique les bandelettes agglutinatives, et quelques jours plus tard, on n'en remet plus, se bornant à faire tirer fréquemment sur les paupières inférieures, afin d'éviter leur contact avec le bord inférieur du lambeau qu'elles irritent et tendent à relever.

Le 22 juin, jour de la sortie de la malade, la cornée droite n'est pas complétement cicatrisée, sa cicatrice, malgré toutes les précautions prises, ayant été souvent froissée par la paupière inférieure. La circonférence du lambeau est un peu soulevée et séparée de la partie correspondante et inférieure de la cornée par un interstice linéaire presque imperceptible et dont l'existence ne peut être constatée que lorsqu'on examine l'œil de bas en haut, en baissant beaucoup la tête et en élevant celle de la malade. La cicatrice de la cornée gauche est parfaite, sans élévation, et la vision des deux yeux d'une netteté extrême. (Continuer de tirer fréquemment sur la paupière inférieure et d'instiller le collyre de borax; plus tard instiller du laudanum de Sydenham, d'abord affaibli d'eau, puis pur.)

Je ne revois la malade que le 3 juillet; elle me dit qu'elle a été parfaitement bien jusqu'au 10, que ce jour-là elle a éprouvé une légère cuisson dans l'œil droit qui, le lendemain, est devenu rouge et un peu douloureux. L'affection a augmenté rapidement, et le 13, lorsque la malade se présente à la clinique, la conjonctive, déjà chroniquement enflammée avant l'opération, est uniformément injectée et un peu boursouflée, et le quart inférieur du lambeau de la cornée infiltré de pus. La douleur est peu vive. La malade dit avoir exactement continué l'abduction de la paupière inférieure, mais je vois qu'en ma présence elle ne le fait point et que le bord du lambeau est continuellement froissé par la paupière inférieure. (J'ordonne immédiatement une saignée de quatre palettes, un purgatif, des frictions abondantes d'onguent napolitain sur le front, les tempes et la pommette; tous ces moyens doivent être employés simultanément aujourd'hui; demain on commencera l'usage de la teinture de colchique à dose purgative et l'on continuera celui des bains de pieds et des frictions mercurielles.)

Le 14 juillet, malgré la scrupuleuse exécution de toutes les prescrip-

tions, l'infiltration purulente a envahi au delà des deux tiers du lambeau et la partie de la cornée contiguë au bord inférieur de la sclérotique. (Les mêmes moyens sont continués. Le colchique ayant déjà produit plusieurs évacuations, on prescrit 5 centigrammes de calomel à prendre quatre fois dans l'après-midi; un large vésicatoire est en même temps appliqué à la nuque.) Malgré ce traitement énergique, le 15 la cornée entière est infiltrée dans toute son épaisseur. Voyant que les chances de rétablissement de la vision disparaissent de plus en plus, j'ordonne l'application de cataplasmes modérément chauds de mie de pain cuite dans du lait, moyen qui, en général, dans les cas d'une suppuration très-avancée et irremédiable de l'œil, accélère la résorption du pus.

Malgré tous les moyens employés, l'affection reste à peu près stationnaire pendant un mois et se termine par la fonte purulente de la cornée. Heureusement que la vision de l'œil gauche est parfaite.

Traitement de la suppuration de la cornée consécutive à l'opération de la cataracte par extraction.

Lorsque cette suppuration est avancée, elle résiste toujours, nous l'avons déjà dit, aux modes de traitement les plus divers, et rationnels et empiriques, qui aient été tentés. Lorsqu'au contraire elle ne fait que commencer, les moyens dont nous avons conseillé l'emploi pour empêcher l'action des différentes causes signalées, sont aussi ceux qui ont le plus d'efficacité comme moyens curatifs. Il s'agit donc de reconnaître la cause dans chaque cas et de lui opposer les agents capables de la neutraliser. Sous le rapport de la thérapeutique, il ne nous reste par conséquent qu'à présenter un très-court exposé.

La première règle et la plus importante, c'est d'ouvrir les paupières avec les précautions nécessaires, dès que les premiers symptômes se sont manifestés et n'ont point disparu promptement après un traitement antiphlogistique approprié. Si, après avoir levé l'appareil, on trouve un écartement partiel ou plus ou moins étendu du lambeau, encore sans infiltration, suppuration, ni inflammation considérable, il suffit d'affronter de nouveau les lèvres de la plaie, en faisant doucement glisser la paupière supérieure de haut en bas sur la cornée et en y exerçant ainsi une très-légère compression. On réunira soigneusement les paupières par des bandelettes de taffetas agglutinatif, en appliquant par-dessus un bandage légèrement compressif qui se composera d'un bourdonnet de charpie et d'une compresse de la forme et grandeur de la paupière supérieure, placés de manière à ce que leur tiers inférieur dépasse la fente palpébrale et modérément serrés par un monocle. Dans beaucoup de cas, et surtout quand le malade est docile, on peut se borner aux simples bandelettes, qui donnent l'avantage de pouvoir continuer au besoin les fomentations froides. Dès qu'on re-

connaîtra l'existence d'une inflammation, on aura immédiatement recours à un traitement antiphlogistique proportionné à son degré d'intensité. Le moindre retard peut devenir funeste ; il y a peu de temps, j'ai eu le regret de voir un œil détruit par la fonte purulente, bien que j'eusse reconnu et combattu dès le premier jour l'écartement incomplet, et seulement à cause d'une saignée ajournée, malgré moi, de vingt-quatre heures. Lorsque la suppuration est établie, que l'inflammation a été suffisamment combattue ou qu'elle a été primitivement faible ou nulle, ou enfin qu'on a affaire à un individu débile ou cacochyme, l'instillation de laudanum de Sydenham, d'abord affaibli d'eau, la cautérisation superficielle avec le nitrate d'argent et l'usage interne de la décoction de polygala senega peuvent être employés concurremment avec les moyens indiqués et un régime nutritif et tonique. Plus tard, les collyres astringents, les pommades de précipité rouge ou blanc peuvent devenir utiles. La compression douce et l'abduction fréquente de la paupière inférieure seront continuées, jusqu'à ce que la cicatrisation soit complète et solide, et que le bord palpébral libre ne vienne plus aucunement en contact avec la cornée pendant les mouvements du globe et de ses voiles protecteurs.

Le plus important sera toujours de reconnaître et de combattre de bonne heure l'écartement du lambeau ou, dans les cas rares où il n'existe point, l'ophthalmie traumatique et ses complications.

Sichel, D.-M.

CHIMIE ET PHARMACIE.

OBSERVATIONS SUR LES POTIONS AVEC LA MAGNÉSIE CALCINÉE, PAR M. GOBLEY.

M. Mialhe a publié, au mois d'août dernier, dans notre journal, un excellent moyen d'utiliser la magnésie comme purgatif; mais plusieurs médecins ont cru pouvoir modifier sa formule, et il en est résulté des inconvénients que signale M. Gobley dans la note suivante qu'il a publiée dans le Journal de Pharmacie.

Il nous a été remis, dit M. Gobley, pour être exécutées, les deux prescriptions suivantes :

1° Magnésie calcinée.	8	grammes.
Sirop de fleurs d'oranger. . . .	30	—
Eau.	40	—

2° Magnésie calcinée.	8	grammes.
Sirop de sucre.	60	—
Eau commune.	20	—

Le médecin qui avait fait la première prescription avait ordonné au malade de prendre la potion en deux fois à un jour d'intervalle ; le second avait prescrit une cuillerée chaque matin à jeun.

Les médicaments, au moment où ils ont été délivrés, étaient liquides, et par une faible agitation la magnésie se mêlait très-bien au véhicule. Mais nous fûmes fort étonnés de voir les malades rapporter le lendemain ces préparations, parce qu'elles avaient acquis assez de fermeté pour que, par l'agitation, il fût tout à fait impossible de les rendre liquides.

D'où provenait cette solidification ? Fallait-il l'attribuer à ce que la magnésie contenait des matières étrangères, ou à ce que la magnésie et le sucre formaient un composé particulier, ou sucre magnésique qui absorbait une grande quantité d'eau, ou bien enfin à ce que la magnésie possédait la propriété de solidifier une certaine quantité d'eau ?

La magnésie avait été préparée dans mon laboratoire ; d'après l'examen que j'en fis, elle était pure et bien calcinée.

Pour savoir si le sucre exerçait une action sur la magnésie, j'ai traité une partie du mélange par de l'eau distillée, et j'ai filtré. La liqueur essayée par les bicarbonates ne donnait pas de précipité, mais par les carbonates neutres elle donnait un précipité peu abondant de carbonate de magnésie. Le sucre se combine donc avec une petite partie de la magnésie qu'il rend soluble, mais la solidification du mélange ne peut être attribuée à la présence de ce composé ; elle est due tout entière à la propriété que possède la magnésie, en s'hydratant, de solidifier une certaine quantité d'eau.

Pour m'assurer de cette propriété de la magnésie, j'ai fait des mélanges d'une partie de magnésie calcinée en 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 et 15 parties d'eau distillée. En examinant ces mélanges après 24 heures, j'ai vu que ceux faits avec 1 partie de magnésie et jusqu'à 10 parties d'eau ne laissaient surnager aucune goutte de liquide, et que leur consistance était assez ferme pour laisser difficilement pénétrer le doigt à travers leur masse ; que ceux faits avec 1 partie de magnésie calcinée et 11, 12 et 13 parties d'eau, laissaient surnager une petite quantité de liquide, mais que leur consistance était encore assez ferme pour ne pas être rendus liquides par l'agitation. Avec 14 et surtout 15 parties d'eau, les mélanges devenaient liquides par une agitation de quelques instants. Nul doute alors que la consis-

tance qu'avaient prise les potions était due à la solidification de l'eau par la magnésie, ou plutôt à l'hydratation de la magnésie.

Les prescriptions préeédentes avaient été composées d'après une formule publiée par un de nos collègues, M. Mialhe, dans le numéro du mois d'août dernier du *Bulletin de Thérapeutique* (tome XX, p. 134), sous le nom de *Médecine de magnésie.*

Cette *médecine de magnésie* est ainsi composée :

Magnésie calcinée.	8	grammes.
Sirop de suere	80	—
Eau de fleurs d'oranger. . .	20	—

Du mélange de ces substances résulte un liquide qui, prenant peu à peu de la eonsistance, se trouve transformé, au bout de 24 heures, en une bouillie liquide dans laquelle la magnésie est parfaitement suspendue. Par un contact plus prolongé, la eonsistanee du mélange augmente; au bout de trois jours elle est assez grande pour qu'il ne puisse plus eouler, même après l'agitation.

Bien que dans cette potion la magnésie ne soit en contact qu'avec six parties d'eau, il n'y a pas cependant solidification dans les 24 heures ; cela tient à la forte proportion de sucre qui se trouve dans le mélange. En effet, si l'on vient à diminuer le sirop et à le remplacer par une égale quantité d'eau, le mélange se solidifie dans les 24 heures.

Il résulte de ces faits, qu'il faudra formuler la *médecine de magnésie* avec les doses prescrites par son auteur lorsqu'elle devra être prise dans moins de trois jours, mais qu'il sera nécessaire d'augmenter la proportion d'eau *lorsqu'elle devra durer plus longtemps*. Voici la formule d'une *potion de magnésie* qui peut se eonserver liquide indéfiniment :

Magnésie ealcinée.	8	grammes.
Sirop de fleurs d'oranger . .	30	—
Eau distillée.	87	—
Total. .	125	—

Cette propriété que possède la magnésie, propriété sur laquelle les ehimistes n'avaient pas encore appelé l'attention, de rester liquide lorsqu'on la mêle avec une eertaine quantité d'eau, et de devenir solide après 24 heures de contaet, sera, sans aucun doute, mise à profit dans quelques eirconstanees.

SUR LA CULTURE DU PAVOT SOMNIFÈRE EN ALGÉRIE, ET SUR LA QUALITÉ DE L'OPIUM QUI A ÉTÉ RÉCOLTÉ.

L'opium, ce produit du pavot somnifère, si remarquable par le nombre et l'importance des principes immédiats que les chimistes en ont extraits, est aussi un des médicaments les plus utiles et les plus fréquemment employés. Déjà une tentative sur une assez grande échelle avait été faite en France pour diminuer l'importation des opiums étrangers. C'est le général Lamarque qui a la priorité de ces essais; il sema des pavots somnifères dans ses domaines du département des Landes. Quatre échantillons d'opium en larme qui avaient été recueillis furent remis à M. Caventou, qui retira de ces divers opiums des quantités de morphine incomparablement plus considérables que celles que fournissaient alors d'égales quantités d'opium du commerce. La question médico-chimique paraissait dès lors résolue; mais il restait celle non moins importante d'économie rurale : le général allait s'en occuper lorsque les événements de 1830 l'enlevèrent à ces paisibles travaux. Toujours est-il que M. Caventou a constaté dans l'opium recueilli par le général Lamarque une richesse de plus de 14 pour 100 de morphine, et c'est d'un de ces échantillons que Pelletier a retiré 12 pour 100 de morphine très-pure.

Aujourd'hui M. Hardy, directeur de la pépinière centrale en Algérie, paraît vouloir se livrer à de nouveaux essais de culture du *papaver somniferum*. Il n'a commencé encore que sur une petite échelle; mais l'on doit l'encourager à persister; il aura, on ne peut en douter, d'assez bons résultats. Le ministre de la guerre a demandé dans cette occasion l'opinion de l'Académie des sciences sur la possibilité et les moyens de réaliser cette nouvelle application utile en Algérie. Il a consulté ce corps savant sur la qualité de l'opium obtenu par le premier essai de M. Hardy. M. Payen a fait, sur ce sujet, un rapport très-précis. Le produit de la récolte de M. Hardy consistait en 50 grammes d'opium provenant de 990 têtes de pavots exclusivement, extrait des exsudations du suc propre à l'aide d'incisions sur les capsules. Cet opium présente tous les caractères des plus beaux échantillons de Smyrne; non-seulement l'aspect d'une agglomération de larmes, la couleur jaune, mais encore l'odeur spéciale et franche rappelant celle des fleurs de pavots. L'échantillon de M. Hardy perdit à la dessiccation 7,60 pour 100. Analysé dans la vue de déterminer la proportion de morphine, il a donné pour 100 parties à l'état normal 5,02 de morphine cristallisée privée de narcotine par l'éther. M. Bussy ayant été prié d'analyser

comparativement deux échantillons d'opium de Smyrne, obtint de l'un 3,925 et de l'autre 4,1 de morphine pour 100. Ainsi la qualité de l'opium exotique serait inférieure au produit envoyé de l'Algérie. Mais l'on sait combien la qualité de l'opium est variable dans le commerce, et ce ne serait pas un des moindres avantages des essais de M. Hardy s'il arrivait à obtenir une qualité constante. La tentative de M. Hardy est digne du plus grand intérêt et mérite d'être encouragée. Elle présente la probabilité d'une récolte d'opium avantageuse en Algérie, du moins quant à la bonne qualité des produits. Il faut une expérience plus prolongée pour décider maintenant l'opportunité de la culture du pavot somnifère sous le rapport économique. A cet égard l'habile agriculteur, M. Hardy, fait remarquer que la récolte de l'opium ne s'opposerait pas à ce qu'on obtînt des graines de pavot la sorte d'huile désignée vulgairement sous la dénomination d'huile d'œillette, employée pour la table, pour l'éclairage et la fabrication des savons ; qu'ainsi le prix de revient de l'opium pourrait être diminué de toute la valeur nette de cette huile.

FORMULE D'UN EMPLATRE VÉSICULAIRE, DIT ANGLAIS.

L'usage de l'emplâtre anglais étant généralement répandu, excepté dans quelques officines qui suivent encore le vieil usage et ne se servent que des formules du *Codex* ou des pharmacopées qui laissent à désirer, M. Langlois, pharmacien à Rouen, dans le but de généraliser l'emploi de l'emplâtre vésiculaire anglais, propose pour sa préparation la formule suivante, qui lui a toujours réussi :

Axonge	133 grammes.
Cire jaune	64 grammes.
Poix de Bourgogne préparée dans la proportion de deux parties de poix blanche sur une partie de cire jaune	40 grammes.
Cantharides en poudre.	125 grammes.

L'emplâtre préparé de cette manière a le triple avantage d'être d'un emploi facile à cause de sa ductilité, de n'être pas adhérent, et d'avoir un effet sûr et prompt.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

DE LA MANIÈRE DONT L'AUTORITÉ ENCOURAGE LES MÉDECINS DES ÉPIDÉMIES, ET RÉPOND AUX VOEUX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Monsieur et très-honoré confrère, j'ai lu dans le numéro de juillet du *Bulletin de Thérapeutique*, que M. Martin-Solon, rapporteur de la commission des épidémies, a fait à l'Académie une proposition fort utile, et dont on doit espérer d'heureux résultats en stimulant le zèle des médecins qui ont à observer des maladies épidémiques.

Dans votre prochain numéro, vous pourriez annoncer que M. le ministre du commerce vient de faire tout le contraire.

Un arrêté récent émané de ce ministère frappe les médecins des épidemies, et pourrait amener le dégoût et le découragement chez nos honorables confrères, si les pénibles et saints devoirs qu'ils ont à remplir ne les élevaient pas au-dessus des mesquines tracasseries qu'on vient de leur susciter.

Leur mission d'humanité ne sera point interrompue, et forts de leur conscience, ils la continueront avec zèle et désintéressement.

M. le ministre supprime les honoraires des médecins des épidémies, en décidant qu'il ne leur sera désormais alloué que 8 francs par jour pour ce service.

Cette indemnité est dérisoire, et vous pourrez en juger par ce qui vient de m'arriver.

En 1842, j'ai été envoyé dans la commune de Morée, distante de Vendôme de 20 à 22 kilomètres. Arrivé au chef-lieu de ce canton, on visite les malades du bourg, puis il faut encore faire quelques kilomètres pour parcourir les hameaux dépendants de la commune. Or, voici la note de mes frais par jour :

1° Un cheval et cabriolet de louage pour aller de Vendôme à Morée.	6 fr.	» c.
2° Pour le conducteur	1	»
3° Pour un modeste déjeuner en arrivant	1	50
4° Pour la nourriture du garçon et du cheval. . . .	3	»
Total. . .	11 fr.	50 c.

Encore doit-on revenir dîner fort tard chez soi. Ainsi j'aurai dans ma journée parcouru 40 à 45 kilomètres, aller et retour compris, j'aurai visité tous les malades, et je recevrai au bout d'un an 8 fr. pour ma journée, lorsque j'aurai déboursé 11 fr. 50 c.

Les années précédentes on m'allouait pour aller à Morée 15 fr. pour honoraires,

Et 6 fr. pour indemnité de nourriture et de cheval. Ainsi, au lieu de 21 fr. on m'accorde 8 fr.

La décision de M. le ministre est donc injurieuse pour les médecins, qu'on tarife beaucoup plus bas que l'huissier d'un tribunal.

Je regrette que monsieur le ministre ait oublié ce vieil adage : *Honora medicum propter necessitatem.*

Recevez, etc.

R. Gendron, D. M.,
Médecin des épidémies, etc., à Vendôme.

SUR L'ACTION SPÉCIALE DU TARTRE STIBIÉ ET SUR L'ABSORPTION DE CE MÉDICAMENT.

J'ai lu une note insérée dans l'un des derniers numéros de votre journal sur « la prétendue action spéciale du tartre stibié et de l'huile de croton tiglium sur la peau du scrotum. » Ce n'est point, suivant vous, en vertu de l'absorption du tartre stibié, ni d'une sorte d'élection pathogénique que, pendant l'usage des frictions avec la pommade stibiée, les pustules du scrotum se développent, mais bien par un transport direct de la substance médicamenteuse. Vous regardez cela comme un point parfaitement établi, et vous citez en preuve ce qui se passe journellement dans le service de M. Ricord. Malgré la haute autorité d'un praticien si distingué, il m'est impossible de partager cette opinion.

Déjà, il y a deux ans, j'eus l'honneur de vous faire part de quelques faits que j'avais recueillis, et qui témoignaient évidemment pour moi de l'action sympathique du tartre stibié sur la peau des organes génitaux. Cette conviction résultait, 1° de l'assurance où j'étais que les personnes qui faisaient usage de la pommade stibiée n'avaient pas porté les mains sur la peau du scrotum ; 2° de la disposition des papules, qui n'occupaient qu'un des côtés du scrotum, et qui certes n'auraient pas été aussi confluentes si l'on n'avait fait que passer la main sur la peau des organes génitaux lorsqu'on faisait usage de la pommade.

Depuis cette époque, de nombreux faits sont venus me confirmer dans cette opinion ; et tout dernièrement encore nous avons été à même de nous convaincre, le docteur Lafond et moi, chez une jeune dame à laquelle nous donnions des soins, qu'il y a réellement absorption du médicament. Cette dame, en effet, atteinte d'une coxalgie chronique, employa les frictions stibiées, et, sous leur influence, il se développa une

éruption de papules excessivement abondantes, non-seulement sur les parties frictionnées, mais encore sur le ventre, entre les deux épaules, et jusque sur le cuir chevelu. Et pour nous assurer plus positivement encore qu'il y avait réellement absorption de la substance médicamenteuse, nous lui avons conseillé de faire faire les frictions par sa femme de chambre ; et, malgré cette précaution, de nombreuses pustules se montrent chaque fois sur la poitrine, dans le dos, et même jusque sur les paupières. Il n'y a du reste ni vomissements, ni nausées, ni ralentissement du pouls, ni aucun symptôme d'hyperthénie.

La pommade stibiée que j'emploie n'est point préparée avec la solution aqueuse de ce sel; elle se compose de 16 grammes d'axonge et 8 grammes de tartre stibié.

PADIOLEAU, D. M.
à Nantes.

RECHERCHES SUR LA FIÈVRE TYPHOÏDE ET SUR SON TRAITEMENT.

S'il est une maladie pour laquelle la thérapeutique ne puisse être formulée d'une manière absolue, assurément c'est la maladie connue aujourd'hui sous le nom de *fièvre typhoïde*. Tant que son diagnostic ne reposera que sur une lésion anatomique, ou une idée théorique, son traitement sera identique suivant cette lésion, suivant ce système; il ne s'adressera qu'à une seule fonction, un seul appareil, souvent même un seul organe. Mais basé d'après tous les symptômes morbides, sans idées préconçues et systématiques, il doit être éclectique. Et comme cette affection ne débute pas d'une manière identique, mais par des symptômes souvent insuffisants pour pronostiquer ou faire craindre l'état typhoïde, dès le début le traitement doit être symptomatique, et assez énergique pour enrayer ces symptômes précurseurs de l'état typhoïde. Je dis état typhoïde, car pour moi, la fièvre typhoïde n'est pas une maladie générique, localisée, mais bien un état général, survenant dans une affection souvent légère la veille. En quoi consiste cet état? dans une altération du sang due à un défaut d'hématose. L'état comateux, la stupeur de la face, la céphalalgie, le délire, la distension des jugulaires, la réplétion des sinus cérébraux, indiquent assez dans le cerveau la prédominance du sang veineux sur le sang artériel. A quelle influence faut-il attribuer cet afflux de sang, ce défaut d'hématose, cette altération du sang? Est-ce à l'inflammation du tube intestinal? Non ; car souvent il n'existe qu'une légère irritation des voies digestives, qu'un simple embarras gastrique, que déjà ces symp-

tômes typhoïdes sont déclarés. Est-ce à l'inflammation, l'ulcération, la gangrène des plaques de Peyer? Non; car l'état typhoïde préexiste à cet exanthème intestinal qui se déclare peu avant la mort, et que je regarde plutôt comme l'effet que comme la cause de cette altération. Enfin est-ce à une influence atmosphérique, miasmatique, ou à une influence nerveuse? L'irritation nerveuse générale, le délire avec état sthénique, suivi d'un état asthénique, me portent à admettre (sauf dans les cas épidémiques) cette dernière hypothèse, l'influence du grand sympathique, du pneumo-gastrique sur ce défaut d'hématose.

Quoi qu'il en soit, la fièvre typhoïde ne peut être considérée comme une simple gastro-entérite, autrement toute inflammation gastro-intestinale serait réputée fièvre typhoïde. Son traitement ne serait plus un sujet de controverse, et la mortalité serait bien moindre. Mais toutes ces inflammations peuvent se compliquer d'un état typhoïde, comme la scarlatine se complique d'angine, la pneumonie de gastro-entérite, la variole de méningite, etc. L'état typhoïde survient alors qu'il n'y a encore que légère irritation du tube intestinal, avec peu de soif, légère sensibilité à l'épigastre, sans douleur dans cette région et la région abdominale, et peu de réaction fébrile; bien plus, il peut éclater lorsqu'il n'existe qu'un simple embarras gastrique, c'est-à-dire abondance de mucosités, de suc pancréatique, de bile par suite du défaut d'absorption, état caractérisé par l'enduit jaunâtre de la langue large, épaisse, sans rougeur à sa pointe ni à ses bords, sans soif, sans douleur ni sensibilité à l'épigastre seulement météorisé ainsi que l'abdomen, enfin sans réaction sur la circulation et l'innervation.

J'ai dit que la fièvre typhoïde ne devait pas consister dans un exanthème intestinal, car il ne se rencontrait pas toujours; d'ailleurs il pouvait dater de la veille ou du jour de la mort du sujet, comme on rencontre à l'autopsie des altérations organiques dont on ne soupçonnait pas l'existence. On donnera pour raison de cette cause pathologique la diarrhée si fréquente dans cette affection : mais la diarrhée est la terminaison fatale de bien des maladies; d'ailleurs, ne serait-ce pas plutôt la diarrhée occasionnée par des purgatifs répétés ou trop énergiques qui serait cause de ces ulcérations? je le crois plutôt.

Dès les premiers jours, alors qu'il n'existe qu'un embarras gastrique ou une irritation du tube digestif, que l'individu a peu de fièvre, mais de la céphalalgie, un abattement des forces remarquable par rapport à la légèreté des symptômes morbides, une inquiétude morale peinte sur les traits par un état d'hébétement, j'ai dit qu'alors déjà ces symptômes, légers en apparence, mais précurseurs de l'état typhoïde, de-

vaient être combattus énergiquement. Ces symptômes sont locaux du côté du cerveau, du côté des voies digestives ; généraux du côté de la circulation et de l'innervation. Pour les premiers, céphalalgie principalement dans les lobes antérieurs ; embarras gastrique, irritation, ou inflammation gastro-intestinale, constipation ou diarrhée ; généraux, le pouls est élevé, tendu, de 90 à 100 pulsations, irritation nerveuse générale. Les symptômes particuliers sont la somnolence, l'inquiétude, l'hébétement, la prostration des forces.

Tels sont les symptômes que l'on observe toujours au début, du premier au dixième jour, que j'ai constamment observés, surtout cette année où les cas de fièvre typhoïde ont été nombreux dans cette localité.

Comme précédemment, j'ai employé un traitement symptomatique, mais énergique sous le rapport des évacuations sanguines : 1° contre la céphalalgie, la saignée du bras, trois à cinq palettes, suivant l'état du pouls et du sujet ; s'il y avait constipation, lavements laxatifs pour débarrasser au plus tôt le côlon des matières fécales, dont l'absorption peut être elle seule une cause de l'état typhoïde. Quand l'estomac m'a présenté des symptômes d'irritation ou d'inflammation, sangsues, de douze à vingt ; dans les deux cas, cataplasmes émollients ; s'il y avait diarrhée, lavements émollients, eau de riz, cataplasmes. Pour boissons, légère décoction d'orge avec sirop de vinaigre et sel de nitre ; ou sirop de groseilles, eau et sel de nitre, dont je portais la dose de 4 à 8 grammes par litre pour les rendre légèrement laxatives. Je faisais prendre par jour de trois à cinq litres de ces boissons tempérantes et antiphlogistiques, l'eau d'orge tiède, l'eau de groseilles à la température de la chambre, 15 à 20 degrés centigrades. Le soir, s'il restait quelque douleur céphalique, application de douze à vingt sangsues au-dessous des oreilles. Contre l'irritation nerveuse, potion antispasmodique, dans la journée infusion de fleur d'oranger ou de violettes pour combattre la chaleur sèche de la peau et provoquer la moiteur. Le lendemain, si la somnolence n'était pas dissipée, saignée de trois à quatre palettes si le pouls présentait de la force, n'ayant que 110 à 115 pulsations ; autrement, nouvelle application de sangsues au-dessous des oreilles. Enfin, si le premier jour il n'y avait que céphalalgie et embarras gastrique, d'abord la saignée, puis un léger laxatif de manière à produire de trois à cinq selles. Le deuxième et le troisième jour les évacuations sanguines étaient réitérées suivant la persistance, la force des symptômes de céphalalgie ou de gastro-entérite, suivant l'état du pouls, l'état général du sujet. J'eus plus occasion d'employer les saignées locales sur l'épigastre, l'abdomen et sous les oreilles, que générales pour combattre

des symptômes généraux d'inflammation. Ce traitement, bien énergique contre des symptômes légers en apparence, a toujours eu pour moi d'heureux résultats. Ainsi, cette année, sur neuf cas de fièvre typhoïde menaçante, chez sept je parvins à la juguler dans l'espace de six à huit jours; sur un huitième, que je vis le sixième jour, le délire, l'état comateux, la stupeur existaient déjà ; les lèvres et la langue étaient couvertes de l'enduit fuligineux : les vésicatoires au cou et aux jambes, une potion tonique et antispasmodique enrayèrent ces symptômes typhoïdes ; huit jours après ils étaient dissipés ; le quinzième jour le malade entrait en convalescence. Je perdis le neuvième sujet que je vis pour la première fois le huitième jour. Chez lui, outre tous les symptômes graves de l'état typhoïde, existait une difficulté insurmontable à prendre quelque boisson, et, ce qui arrive dans les jours qui précèdent la mort, les boissons tombaient dans l'estomac, le pharynx et l'œsophage restant immobiles. J'ajouterai que chez mes huit malades, la maigreur, l'altération des traits étaient les mêmes qu'ils eussent perdu 1,000 grammes ou 2,000 grammes de sang : la guérison eut lieu indistinctement du quinzième au vingt-cinquième jour, la convalescence fut aussi longue, la prostration des forces aussi grande, et telle que deux mois suffirent à peine à les rétablir complétement.

Un traitement antiphlogistique aussi énergique paraîtra bien sévère contre des symptômes légers et vagues en apparence, contre une affection non encore déclarée : mais faut-il attendre pour agir que le délire, le coma, les crises nerveuses, en un mot l'état typhoïde ait bouleversé l'organisme? Il n'y a plus alors, je le conçois, que doute, incertitude, ignorance sur la nature et le traitement de la maladie ; et en face de tant de symptômes, tantôt inflammatoires, tantôt ataxiques, tantôt adynamiques ; de tant d'altérations du côté des voies digestives, du côté du cerveau et des poumons; des dérangements fonctionnels de la circulation, de l'innervation, le médecin non imbu d'idées systématiques, sans thérapeutique absolue pour cette affection, préfère l'expectation à un traitement aveugle et empirique. Sa conduite prudente alors n'a rien de blâmable. Mais il est coupable si, prévoyant dès le principe cet état typhoïde, alors que le malade, dont le délire n'avait point encore perverti les facultés, la sensibilité, répondant avec justesse et précision à ses demandes, lui permettait un libre examen de l'état des organes et des fonctions, il n'a pas combattu énergiquement ces symptômes certains d'inflammation ou d'irritation nerveuse. C'est surtout au début de la fièvre typhoïde que l'expectation est une faute, et pour le traitement l'occasion fugitive, *præceps occasio*. Je ne citerai qu'un fait à l'appui

de cette vérité. En novembre 1840, je fus appelé avec un confrère pour visiter un enfant de cinq ans, de forte constitution, malade depuis cinq à six jours. On nous dit que quelques jours auparavant, cet enfant présentant un embarras gastrique, on lui avait donné du sirop de Charras, qui avait déterminé quinze à vingt selles le jour même et le suivant, mais que depuis deux jours il n'était plus allé du ventre. Nous le vîmes le soir à sept heures. L'enfant était abattu, dans un état de somnolence depuis plusieurs heures. Il ne veut pas qu'on l'examine, ne répond pas aux questions ; l'estomac et le ventre légèrement météorisés sont peu sensibles à la pression, la langue est peu rouge, la soif légère ; le pouls battait 115 à 120 pulsations. Nous diagnostiquons une gastro-entérite légère, mais pouvant amener l'état typhoïde. Mon confrère conseille des lavements, des cataplasmes émollients, une infusion de violettes. Je déclare que les sangsues sur l'épigastre et l'abdomen sont de toute nécessité ; qu'il ne faut pas attendre, pour leur application, le lendemain ou le surlendemain, comme il en a l'intention. Les parents considérant que l'enfant est très-faible, son opinion prévalut. Le lendemain matin nous le revîmes ; l'agitation avait été grande la nuit, la fièvre plus forte, depuis le matin la somnolence était plus grande. Je persiste encore dans mon application de sangsues non-seulement à l'épigastre et à l'abdomen, mais encore au-dessous des oreilles. Mon confrère pense qu'il en sera temps le lendemain si les symptômes continuent. Mais ce jour même, à midi, une crise nerveuse survient ; elle est suivie d'un état comateux, avec délire ; la face est colorée, le pouls est plus faible, tendu ; l'enfant ne manifeste aucune sensibilité à la pression de l'estomac et de l'abdomen ; l'état comateux est interrompu par des crises, des secousses nerveuses : on lui prescrit une légère décoction de quinquina, et le soir deux vésicatoires aux jambes. Dans la nuit la diarrhée survint ; la langue était rouge, fuligineuse, la tête brûlante, la soif ardente. Il mourut le surlendemain à quatre heures, moins de trois jours après notre première visite. De cet exemple, et ces cas sont fréquents, on peut déduire ces conséquences faciles : qu'un purgatif trop actif détermine l'inflammation du tube intestinal, une diarrhée, suivie de constipation, amenant à son tour la diarrhée, si les symptômes inflammatoires ne sont pas assez énergiquement combattus ; que si l'irritation des nerfs, l'injection des sinus cérébraux viennent compliquer ces symptômes inflammatoires, les symptômes typhoïdes peuvent éclater d'un jour à l'autre, surtout chez les enfants, chez qui la réaction est si prompte et si vive. La sympathie intime entre le cerveau et le reste de l'organisme est aussi remarquable pathologiquement que physiologiquement parlant ; c'est surtout avec la

circulation que ses rapports sont constants et énergiques : de là le délire qui accompagne tant de fièvres souvent légères ; de là cette réaction encore, l'injection des sinus cérébraux, la céphalalgie, le coma, la stupeur, symptômes d'autant plus graves que, fournis par l'organe le plus délicat, le plus important, ils sont toujours dangereux et souvent rapidement mortels.

N'est-ce pas le cerveau seul qui reçoit tout le choc de la réaction dans les maladies épidémiques en général, dans les exanthèmes cutanés, en particulier la variole, la suette miliaire, etc. ? Alors que l'éruption est empêchée ou arrêtée, qu'elle est tardive ou insuffisante, ses sinus sont bientôt gorgés du sang qui à la périphérie devait servir à l'éruption, et cette réaction a bientôt déterminé une méningite, une encéphalite mortelles, si elles ne sont aussitôt énergiquement combattues. Ces considérations pratiques sont surtout applicables pour toutes les maladies suivies d'état typhoïde. Mais enfin, lorsque les évacuations sanguines, les émollients en général, les boissons tempérantes, antiphlogistiques, prises en abondance, les sudorifiques. les antispasmodiques n'ont pas réussi à entraver la marche de la maladie vers l'état typhoïde, que cet état se déclare ouvertement avec tout son cortége de symptômes, quelle thérapeutique doit-on suivre? faut-il continuer les évacuations sanguines? Assurément non ; c'est enlever aveuglément au malade des forces dont il aura besoin pour supporter plusieurs crises nerveuses, à la nature cette force réactive et médicatrice si souvent plus puissante que notre thérapeutique. Outre les mêmes boissons, les révulsifs cutanés, vésicatoires au cou et aux jambes, doivent être immédiatement employés, d'abord contre le cerveau par lequel la mort arrive, ensuite contre la maladie primitive à l'épigastre, sur l'abdomen si c'était une gastro-entérite. De plus, les potions ou les pilules antispasmodiques et toniques, où le camphre, le quinquina, le fer et l'opium jouent les principaux rôles et réussissent souvent, surtout quand la maladie est due à une influence atmosphérique, miasmatique, et qu'elle règne épidémiquement comme dans les hôpitaux, etc. ; les unes pour combattre l'éréthisme nerveux, ces crises si souvent suivies de la mort ; les autres pour donner au sang des principes excitants qu'il n'a plus, et relever l'organisme en général, le cerveau en particulier, de la stupeur, du coma, signes avant-coureurs du terme fatal.

PARIS, D. M.
à Gray (Haute-Saône).

L'IODURE DE POTASSIUM JOUIT ENCORE D'UNE GRANDE EFFICACITÉ DANS LES ULCÉRATIONS NON VÉNÉRIENNES.

A mes yeux, comme à ceux de tous les praticiens, l'action de l'iodure de potassium est, je dois le déclarer, souvent merveilleuse. Je sais qu'en contribuant ainsi à faire l'éloge pompeux d'un remède, on s'expose soi-même et on expose les autres à s'exagérer les avantages de son emploi, à en méconnaître les inconvénients, en même temps qu'on favorise cette fâcheuse tendance qui nous porte tous à abuser des meilleures choses. Mais peut-on résister au désir de parler du remède à la mode, surtout lorsqu'on lui doit une guérison rapide et inespérée? Pour mon compte, je ne veux pas laisser ignorer que je me suis trois fois très-bien trouvé de l'usage de l'iodure de potassium contre les accidents secondaires et tertiaires de la syphilis. Sans me passionner pour ce moyen thérapeutique, je lui accordais une grande confiance, et je le regardais comme une des meilleures acquisitions de l'art, lorsqu'un fait passé récemment sous mes yeux est venu me témoigner que l'iodure de potassium pouvait non-seulement être rangé parmi les antisyphilitiques les plus puissants, mais encore opérer la guérison de certaines ulcérations non vénériennes.

Que si l'on préfère regarder comme syphilitique l'ulcération que j'ai traitée, je ne m'y oppose pas formellement, parce que je sais que les caractères les plus propres à faire distinguer les ulcères vénériens sont susceptibles de varier d'intensité, de se trouver diversement combinés et groupés, de manière à rendre le diagnostic très-incertain. Les médecins de bonne foi, instruits que la nature est très-variée dans les formes qu'elle imprime aux maux syphilitiques, ont de tout temps reconnu les difficultés du diagnostic, sans exiger de la science un symptôme pathognomonique qu'elle ne peut donner encore.

Mais en dehors des caractères d'une ulcération, ne peut-on pas trouver de quoi établir sûrement le diagnostic? Je basai le mien sur l'obscurité du tableau symptomatologique, et spécialement sur les réponses de la femme et du mari qui n'avaient raisonnablement aucun motif pour me tromper et se nuire à eux-mêmes.

D'abord, malgré leurs réponses, la considération seule du siége du mal me fit croire à une ulcération syphilitique; mais un examen plus attentif fit naître des doutes que dissipèrent les paroles de la malade. D'ailleurs, pourquoi l'iodure de potassium ne guérirait-il pas une ulcération non vénérienne, alors qu'il guérit ces dernières, alors qu'il guérit tant d'autres maux?

Un homme et sa femme, âgée d'environ trente-six ans, se présentèrent,

il y a plus de trois mois, dans mon cabinet. Six mois avant, à la suite d'un refroidissement, la femme sentit de la douleur dans le fond de la gorge; peu à peu la douleur augmenta au point de rendre la déglutition pénible. Diverses tisanes n'ayant rien produit, elle se regarda un jour au miroir, et aperçut une sorte de plaie dans l'arrière-bouche. Inquiète, elle s'adresse à des voisines, à des charlatans, qui lui font perdre un temps précieux sans profit aucun. De jour en jour le miroir lui révèle les progrès du mal; la déglutition des liquides est surtout pénible, de loin en loin il survient des vomissements, la douleur s'étend dans le larynx, dans l'œsophage; enfin cette femme vient à moi. La longue habitude de se regarder au miroir lui permit d'abaisser si bien la langue et de relever si bien le voile du palais, que mon œil distingua avec la plus grande netteté toute l'étendue du mal. Une ulcération du diamètre d'un écu de six francs occupe la paroi postérieure du pharynx. La muqueuse et la couche musculo-celluleuse sont détruites, et le stylet touche presque à nu le corps des troisième et quatrième vertèbres cervicales.

Le fond de la plaie, fort inégal, est couvert d'une couche grisâtre, muqueuse; ses bords sont minces, régulièrement découpés, un peu décollés, de couleur brune. Cette ulcération, très-irritable, paraît avoir été faite avec un emporte-pièce et ressemble beaucoup aux ulcérations phagédéniques. Après bien des hésitations, je me range à l'idée qu'il s'agit, vu le caractère indécis de l'ulcération, la constitution lymphatique de la malade, et ses réponses assurées, d'une ulcération déterminée insensiblement par une inflammation locale. Les bons effets de l'iodure de potassium contre les ulcérations syphilitiques m'engagent à l'essayer ici, d'autant qu'il ne peut être qu'avantageux en cas d'erreur de diagnostic.

Le remède fut ordonné en potion et en gargarisme, ainsi que le veut Ricord. Au bout de huit jours, la malade éprouve une amélioration telle qu'elle vient m'en faire part, et je suis moi-même étonné des progrès rapides de la guérison. Le vingt-sixième jour du traitement, la cicatrisation est complète, et il serait difficile alors de reconnaître que la paroi postérieure du pharynx a été le siége d'une ulcération très-vaste et très-profonde. Trente grammes d'iodure de potassium ont suffi pour un si grand et si rapide résultat.

Espezel, D. M.
à Espéraza (Aude).

SUR LA FOLIE A LA SUITE DES FIÈVRES INTERMITTENTES.

Je reçois aujourd'hui le numéro de novembre du *Bulletin de Thérapeutique*, et je trouve dans votre Répertoire médical un article sur la folie à la suite des fièvres intermittentes.

Ce mot, folie à la suite des fièvres intermittentes, est venu me rappeler un bien triste souvenir, car un de mes parents est mort dans la première quinzaine de juillet dernier, d'une folie que je ne puis attribuer, après la lecture de votre journal, qu'à des récidives nombreuses de fièvres intermittentes.

Le nommé Masse, de la commune de Mallemoisson, près Digne, âgé de trente-cinq ans, maigre, ayant toujours joui d'une bonne santé, vint me voir dans les premiers jours de mars, pour le guérir d'une fièvre tierce qu'il avait depuis quinze jours. Le sulfate de quinine répondit parfaitement à mon attente et au désir du malade. Masse voulut se soustraire au régime médical et hygiénique que je lui avais ordonné, et la fièvre reparut vingt jours après. Le sulfate de quinine fut repris et la fièvre cessa de nouveau; enfin, dans l'espace de quatre mois, il y eut cinq rechutes, et l'écorce du Pérou avait toujours bien réussi, lorsque, pendant la nuit du 2 juillet, c'est-à-dire six jours après le dernier accès, je fus appelé en toute hâte auprès de Masse, que je trouvai dans l'état suivant : le malade est couché et retenu dans son lit par quatre personnes : il me reconnaît, me demande des nouvelles de ma famille, et veut en même temps me donner un soufflet. Le pouls est naturel, la figure pâle, les yeux sont légèrement injectés, le ventre souple, les membres libres dans tous leurs mouvements; le père Masse me dit que son fils est dans cet état depuis douze heures, qu'il était allé hier à Digne avec lui pour son commerce, jouissant d'une parfaite santé, et qu'à leur retour seulement il avait reconnu de l'incohérence dans ses paroles. Le malade, qui était d'un caractère doux et peu communicatif, ne discontinue pas d'adresser la parole aux personnes qui l'entourent, il leur parle de ses affaires de commerce, leur crache à la figure ne pouvant les frapper; la conversation qu'il tient n'est pas suivie, mais elle ne manque pas de sens. L'état de Masse me parut être grave; j'en fis part à sa famille, et je voulus m'adjoindre un confrère; avant l'arrivée du nouveau médecin, je fis une saignée de cent cinquante grammes, des compresses à la glace furent appliquées sur la tête, et deux heures après un bain général lui fut donné; le malade éprouva un peu de tranquillité après sa sortie du bain.

Mon collègue, M. Honnorat, de Digne, arriva à deux heures après midi; il approuva ce que j'avais fait, et il fut convenu entre nous de renouveler la saignée le soir, de donner l'huile de ricin intérieurement et de la limonade pour boisson.

Le 4, je trouve Masse aussi furieux que la veille, il n'avait pas voulu prendre l'huile de ricin; je le fis mettre dans un bain où je le laissai pendant une heure.

Un mieux assez sensible s'ensuivit, mais il ne fut pas de longue durée.

Prescription : un lavement à prendre à midi ; douze sangsues aux apophyses mastoïdes, compresses froides sur la tête, un bain général le soir, et de la limonade pour boisson.

Le 5, le malade était dans le même état ; je fais appeler de nouveau mon confrère qui ne peut se rendre à mon invitation, et ordonne de continuer l'huile de ricin, si tel est mon avis : j'en fis avaler cinquante grammes à Masse avant de le quitter, et ce laxatif le fit aller deux fois à la selle pendant la nuit.

Le 6 au matin, je trouve le malade tranquille, mais abattu ; il a reposé pendant deux heures.

Quelques heures après mon départ, le malade devient furieux, et reste dans cet état jusqu'au 7 à cinq heures du matin ; vers les huit heures, j'arrive auprès de lui, et je le trouve fort tranquille ; il cause avec moi, me demande pardon de tout ce qu'il a dit et fait depuis qu'il est malade. Je crus alors toucher à une guérison certaine : le pouls était bon quoique faible, la figure calme ; les yeux ne sont pas injectés, le ventre est souple. Je prescrivis la continuation de la limonade et une tasse de bouillon de poulet toutes les quatre heures.

A trois heures de l'après-midi, ce mieux disparut de nouveau pour ne plus revenir. Masse devint furieux de plus en plus, et il mourut vingt-quatre heures après.

Cette observation trouvera peut-être des contradicteurs : les uns y verront une simple méningite aiguë, d'autres une encéphalite. Quant à moi, qui ai suivi la maladie et qui ai analysé jour par jour les symptômes, je ne puis avoir cette opinion. Je n'ai pu apprécier les lésions organiques, puisque l'autopsie n'a point été faite ; mais les phénomènes ont consisté dans un dérangement intellectuel, une véritable folie ; et il y a pour moi liaison entre cet état et les fièvres intermittentes qu'a eues ce sujet.

Itard, D. M.,
Médecin de l'hospice des Mées (Basses-Alpes).

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de médecine pratique, par Jean-Pierre Frank, *traduit du latin* par J. M. C. Goudareau, *docteur en médecine, etc.*; nouvelle édition, revue, corrigée, augmentée des observations et ré-

flexions pratiques contenues dans les *Interpretationes clinicæ* de J. P. Frank, et précédée d'une introduction, par F. J. Double, membre de l'Institut de France, de l'Académie royale de médecine, etc.

S'il nous fallait indiquer un point de médecine pratique sur lequel, dans l'état actuel de la science, les hommes qui, à juste titre, font autorité parmi nous, soient d'accord, nous avouerions tout d'abord notre embarras : depuis la fièvre typhoïde, dont on voudrait déterminer la thérapeutique par une voie assez peu usitée dans les sciences, celle d'une enquête en quelque sorte officielle, jusqu'au rhumatisme, que les uns combattent par la méthode antiphlogistique poussée à ses dernières limites, pendant que d'autres opposent à cette affection le nitrate de potasse, ou le sulfate de quinine à hautes doses; immense est le nombre des maladies dont la thérapeutique flotte dans cette déplorable incertitude. Ce n'est pas que nous blâmions d'une manière absolue cette hardie indépendance de l'esprit dans la recherche de la vérité; les sciences ne se développent et ne marchent réellement qu'à l'ombre de cette tutélaire liberté. Toutefois, si l'intérêt de l'avenir, nous voulons bien le croire, est assuré par là, le présent a aussi ses exigences, et c'est un devoir également impérieux pour nous d'y satisfaire. Or, la plupart des livres contemporains sont composés bien plus dans un intérêt de controverse, de polémique, que dans l'intérêt d'une pratique immédiatement applicable. Ce n'est pas un esprit de dénigrement systématique pour les travaux contemporains, qui nous guide dans ce que nous venons de dire ; cent autres sont venus avant nous, qui ont déploré cette fatale tendance, dont le premier et le plus clair résultat est de déshériter le présent au profit d'un avenir incertain. En présence des faits, en présence de la maladie qui appelle le secours de la thérapeutique, nous sentons, comme tout le monde, le vide que laisse dans notre esprit l'absence d'un cadre assez large pour recevoir le tableau que nous avons sous les yeux, et nous disons avec tout le monde, que c'est là une lacune bien grave dans une science comme la nôtre. Heureusement, depuis quelque temps, quelques tentatives heureuses ont été faites pour répondre à ce besoin le plus impérieux de l'art. Le livre dont il s'agit en ce moment, l'*Epitome de curandis hominum morbis*, de Jean Pierre Frank, était un des ouvrages auxquels on dut penser d'abord, et auquel on pensa d'abord en effet, comme étant un des plus propres à diriger parmi nous et l'étude et la pratique tout à la fois. C'est à un de ces hommes modestes à qui, comme on l'a dit, le plaisir de faire le bien tient lieu de tout, c'est au docteur Gondareau que nous devons une traduction aussi élégante

que fidèle de l'Épitome, du *Traité de médecine pratique* de P. Frank. Cet important ouvrage manquait depuis plusieurs années à la littérature médicale française; nous devons le dire, M. J.-B. Baillière, en reprenant cette version, a montré qu'il comprend les besoins et les tendances de la science contemporaine. Quelle que soit la valeur de ce livre dans notre opinion, nous sommes loin de prétendre qu'il résolve toutes les questions thérapeutiques sur lesquelles nous flottons incertains. Il n'est dans la destinée d'aucun livre d'atteindre un semblable résultat : sous un rapport plus restreint même, sous le rapport du diagnostic et de l'étiologie, il est bien clair que l'Épitome doit se trouver quelquefois au-dessous du niveau de la science actuelle ; la méthode de l'auscultation, qui était inconnue à l'illustre professeur de clinique de Vienne, les perfectionnements apportés successivement au procédé d'Avenbrugger, les découvertes de l'anatomie pathologique, la chimie organique, sont autant de sources auxquelles Frank n'a pu puiser; mais malgré ces lacunes forcées, nous n'en maintenons pas moins que ce traité de pathologie est un des plus complets qui existent dans aucune langue : ces lacunes ont d'ailleurs été en partie remplies, dans cette nouvelle édition, par une remarquable introduction due en grande partie à la plume élégante de Double.

La science, depuis quelques années surtout, s'est émiettée, si nous pouvons ainsi dire, en une infinité de monographies, dans lesquelles on chercherait vainement une ombre d'unité de doctrine; c'est là principalement ce qui jette dans l'esprit du praticien judicieux ce vague, cette incertitude qui le fait presque toujours aboutir à un scepticisme déplorable, s'il n'a point le malheureux privilége de se sauver de cet abîme par un grossier empirisme. Si la doctrine de P. Frank n'est point nettement arrêtée, on sent au moins circuler dans tout son livre cet esprit de coordination qui comprend à quelles conditions une pratique rationnelle est possible, et, à défaut de cette unité de doctrine, qui n'était pas plus alors à portée de la science qu'elle ne l'est aujourd'hui, on trouve là un cadre immense, dont il est facile de voir que les mesures ont été prises sur le tableau de la nature même. Tout n'est point là sans doute, mais la place de tout y est, et les faits viennent se grouper comme d'eux-mêmes autour des jalons qui les appelaient. C'est là un immense avantage pour le praticien, qui, par là, ne se trouve jamais pris au dépourvu. Qui de nous, lorsqu'il se trouve en présence d'un fait qui ne se rattache à rien dans la science étroite qu'il s'est faite avec nos systématisations précipitées, n'éprouve une sorte de malaise intellectuel, une espèce de remords scientifique, qui disparaît aussitôt que ce fait peut se grouper autour de faits analogues déjà observés? Qu'on blâme tant

qu'on voudra ces classifications, où de simples symptômes, comme on le prétend, sont érigés en maladies distinctes ; on aura peut-être raison quand la science sera faite; mais, en attendant, le praticien préférera cette méthode, qui le guide d'une manière beaucoup plus sûre dans le diagnostic vraiment médical des maladies, comme dans la science active de leur traitement.

Mais en voilà assez sur l'esprit général du livre que nous analysons : disons un mot des méthodes d'études de notre auteur, et indiquons rapidement les principaux compartiments de son cadre nosologique.

Pour ce qui est de sa méthode générale, elle est simple; c'est l'expérience pure, avec un usage très-circonspect de l'induction, ou, pour parler le langage de l'auteur, du raisonnement. Sous ce dernier rapport, il distingue : il est deux sortes de raisonnements en médecine, celui qui se tire de la subtilité de l'esprit, et celui qui, fils de l'expérience, établit sur les conséquences déduites d'une masse d'observations diverses, un système, que nous consultons sur les maladies que nous n'avons pas encore vues. Le premier est une source féconde d'hypothèses; le second est le fondement le plus solide de la théorie, et presque le seul qui mérite notre confiance. P. Frank est l'ennemi juré des systèmes, bien que pourtant il n'ait pas vécu de nos jours ; mais il est une idée qui a tout son assentiment, idée qui a traversé les siècles, et qu'il est du devoir de tout médecin consciencieux de maintenir contre les tentatives des audacieux novateurs qui la nient, parce qu'elle est l'âme de toute thérapeutique : cette idée, ce principe général, c'est l'affirmation au sein de l'organisme vivant d'une force latente, qui crée, développe et guérit. « Cette force posée, dit l'auteur, nous opérons des guérisons, même en ne faisant rien, et nos secours ne deviennent nécessaires que lorsqu'il faut calmer, exciter, régulariser les mouvements de la nature. » Pour les connaisseurs, il suffit de l'énoncé de ce principe pour juger la portée d'une intelligence médicale, et apprécier la valeur de la thérapeutique qui s'en déduit; aussi, sur ce point, nous contenterons-nous de ce simple énoncé.

Quant à la classification de Frank, nous indiquerons ses grandes divisions. Ce sont, suivant l'ordre suivi par l'auteur, les fièvres, les inflammations, les exanthèmes, les maladies impétigineuses, les flux, qui comprenaient les hémorrhagies, les rétentions. La mort n'a point permis à l'habile praticien de Vienne de compléter ce cadre ; il restait à traiter des névroses, c'est le docteur Goudareau qui s'est chargé de cette tâche, et l'a accomplie d'une manière digne de l'illustre nosographe. Une telle classification n'est sans doute point exempte de reproches; mais quelle est celle qui vaut mieux? Scientifiquement parlant, ce serait là

une question préjudicielle fort importante à résoudre; mais il n'en est plus de même au point de vue de l'art. A ce point de vue, la meilleure classification, à notre avis, est celle qui range sous les divisions artificielles l'histoire tout entière de l'organisme souffrant. Ce n'est point sur l'énumération ou le groupement de ces grandes divisions qu'il faut juger un pathologiste, mais sur les réalités, les individualités morbides qui se placent sous ces divisions. C'est là, suivant nous, qu'éclate la supériorité de l'ouvrage de Frank ; c'est là que se révèle le praticien consommé; c'est là que le médecin trouve un guide, qui ne l'abandonne jamais, quand toutes les théories se taisent sur un cas donné. Il serait trop long d'énumérer maintenant toutes les maladies qu'appellent, chacune à son tour, ces grandes divisions ; nous terminerons en indiquant une addition fort importante faite à cette nouvelle édition de l'*Epitome;* cette addition consiste en de nombreuses observations contenues dans les *Interpretationes clinicæ* de P. Frank : presque tous ces faits sont excessivement remarquables, et donnent en quelque sorte le relief de la vie aux descriptions générales qui les précèdent. Pour tout dire en un mot, nous ne comprendrions pas que, dans la pénurie où nous sommes de traités dogmatiques de pathologie, le médecin qui sait les difficultés de l'art ne s'empressât pas de mettre sa pratique sous la protection d'un pareil guide.

Traité du ramollissement du cerveau, par M. M. Durand-Fardel, *docteur en médecine de la Faculté de Paris, ex-interne lauréat des hôpitaux de Paris, etc.* Ouvrage couronné par l'Académie royale de médecine.

S'il est une maladie qui montre l'instabilité des interprétations de l'anatomie pathologique, c'est sans contredit celle dont M. Durand-Fardel s'est chargé, suivant le programme de l'Académie de médecine, de tracer l'histoire. Lors même qu'il ne s'agit que d'apprécier la consistance du tissu cérébral, les hommes les plus versés dans les recherches d'anatomie morbide, les plus habitués à deviner ces énigmes de la mort, hésitent dans leur jugement, et sont loin de s'accorder, au moins dans un bon nombre de cas; les difficultés et les incertitudes sont bien plus grandes encore quand il s'agit de prononcer sur quelques nuances de couleur, dont l'appréciation cependant implique parfois des conséquences théoriques si graves. En présence de difficultés si réelles pour tout esprit non prévenu, nous comprenons que parmi les hommes qui réduisent toute la médecine à l'anatomie pathologique, il s'en soit rencontré qui, par une heureuse inconséquence du bon sens, ont demandé à l'étiologie, à la

symptomatologie, à la thérapeutique même, les données que leur refusait l'observation exclusive des lésions purement matérielles de l'organisation. Comme le fait remarquer M. Durand-Fardel lui-même, MM. Abercrombie, Robert Law, Key, Rostan, Dechambre, Hourman, Monneret et Delaberge, etc., n'ont point cru dévier en suivant la ligne que nous venons d'indiquer. Pour l'auteur dont nous étudions en ce moment l'ouvrage sur le ramollissement cérébral, il ne voit que des inconséquences non justifiables là où nous voyons un retour forcé à un ordre d'idées qui, quoi qu'on en dise, n'est point épuisé. M. Fardel, qui a étudié autant qu'aucun auteur contemporain, nous le croyons, le ramollissement cérébral sous le point de vue anatomique, et qui, heureusement placé à l'hospice de la Salpêtrière pour cette étude, y a apporté un esprit de suite et de persévérance qu'on ne saurait certainement trop louer, M. Fardel, disons-nous, pose nettement que l'observation anatomique suffit pour résoudre la question de la nature du ramollissement cérébral. L'auteur a, sans aucun doute, discuté avec un talent réel, et, pourquoi ne pas le dire? avec un mérite de style dont manquent souvent les ouvrages contemporains, cette importante question. S'il a réfuté d'une manière victorieuse diverses hypothèses émises dans ces derniers temps sur la nature de certains ramollissements cérébraux, il est quelques idées doctrinales qui nous semblent avoir résisté à sa critique. Ainsi, quelques auteurs ont vu dans cette lésion morbide le résultat d'une altération spéciale de nutrition, qui peut naître sous l'influence de conditions diverses, mais principalement sous l'influence de la perturbation qui arrive à un certain âge de la vie dans cet acte important de l'organisation. Que le mode de cette perturbation morbide ne soit point encore déterminé, que les causes éloignées même sous l'empire desquelles cette déviation de la vie physiologique a lieu soient encore inconnues, nous le reconnaissons; mais ce que nous en savons suffit pour légitimer la distinction que l'on a faite de certains ramollissements de la substance cérébrale, d'avec le ramollissement franchement inflammatoire. M. le professeur Andral, qui, avec quelques auteurs distingués, a émis des idées formelles sur ce point difficile de pathologie, est en mesure aujourd'hui, grâce à l'interprétation séméiologique qu'il sait faire des données fournies par le sang dans les maladies phlegmasiques, d'avancer la solution de cette question. Il y a quelque temps, nous l'avons vu, dans un cas de diagnostic incertain relatif à une maladie dont les principaux symptômes surgissaient du côté du système nerveux, tirer un parti admirable de ces nouvelles données séméiologiques. Il serait à désirer qu'il les appliquât à l'élucidation du problème dont il s'agit en ce moment. Nous engageons M. Fardel lui-même à s'éclairer de cette lumière, et

peut-être réformera-t-il un jugement qui est évidemment trop absolu.

Ce jugement est celui-ci : le ramollissement cérébral est toujours de nature phlegmasique ; cet état morbide si souvent rencontré chez les vieillards ne fait point exception. Les fausses apparences, qui ont induit en erreur un grand nombre d'observateurs distingués sur ce point, s'effacent devant cette simple distinction des ramollissements en aigus et en chroniques. Comme on le voit, l'auteur est fort explicite dans ses affirmations théoriques ; il ne l'est pas moins dans l'institution de la thérapeutique par laquelle, suivant lui, on doit combattre cette maladie, c'est la méthode antiphlogistique pure. Nous ne pouvons nous empêcher de signaler à cet égard une petite contradiction échappée à l'ancien élève distingué de la Salpêtrière. Après avoir établi la nature phlegmasique du ramollissement, et reconnu que celui-ci est une véritable désorganisation des tissus qu'il frappe, il compte beaucoup sur les ressources de la nature pour en opérer la guérison. Si la maladie résulte d'une affection d'un des grands actes de la vie, nous comprenons une solution spontanée du mal par une de ces métasyncrises qui régénèrent l'organisme, comme on l'a dit ; mais si c'est un simple traumatisme local, nous doutons de sa curabilité par le simple bénéfice du temps dans les conditions ordinaires où il survient.

Nous nous arrêterons ici : bien que nous ne partagions point les idées de M. Durand-Fardel sur la maladie dont il vient de publier la monographie, nous n'en reconnaissons pas moins le mérite très-réel de son livre : si nous étions l'Académie nous l'aurions également couronné, parce que c'est là un travail consciencieux, plein d'une critique solide, contenant un grand nombre de faits fort intéressants et systématiquement groupés.

Traité complet des gourmes chez les enfants, etc., Par L. V. Duchesne-Duparc, D. M. P., *ancien interne d'Alibert à l'hôpital Saint-Louis, etc.*

Depuis quelque vingt ans la pathologie de l'enfance est devenue parmi nous l'objet de travaux aussi multipliés qu'intéressants. Les maladies cutanées offrent à cet âge de la vie un caractère assez spécial pour qu'elles soient devenues à leur tour l'objet d'une étude particulière. M. Duchesne-Duparc, ancien élève distingué du professeur Alibert, s'est chargé de cette tâche difficile. Toutefois il n'a point embrassé, dans le livre qu'il publie aujourd'hui, l'ensemble de la pathologie cutanée, considérée dans les premières années de la vie ; il a limité son travail aux maladies

véritablement chroniques du système dermoïde. L'expression vulgaire de *gourmes* comprend suivant lui la plus grande partie de cet ordre d'affections. Si ce mot avait la signification réelle que M. Duchesne-Duparc lui attribue, nous ne blâmerions certes pas cette dénomination, parce qu'elle est passée dans la langue vulgaire; il y a de ces mots, même dans les sciences, que l'usage a consacrés, qui valent bien les expressions plus travaillées par lesquelles on les remplace. Mais le mot gourmes a-t-il la signification étendue que lui prête l'auteur? Nous ne le pensons pas. Cette réserve faite, nous allons indiquer rapidement l'ordre suivant lequel M. Duchesne-Duparc a divisé sa monographie.

Il débute par des considérations générales étendues, dans lesquelles il étudie avec sagacité les caractères particuliers que les affections cutanées présentent dans la première période de la vie : l'auteur a eu le bon esprit de se tenir sévèrement dans les limites de son sujet, et ces généralités ont trait surtout aux maladies dont l'étude est le but de son travail. Ces considérations posées, l'ancien élève de l'école d'Alibert aborde directement l'étude des maladies. La division suivant laquelle celles-ci sont réparties est fort simple. Il traite d'abord des gourmes herpétiques ou dartreuses, dans lesquelles il comprend l'achore muqueux, ou l'impetigo ou porrigo larvalis de Willan, l'achore lactumineux (croûte de lait); pithyriasis capitis du même dermatologue. Viennent ensuite successivement le porrigo et le favus, qui sont également étudiés dans les principales variétés qu'ils présentent. Le deuxième groupe comprend les gourmes scrofuleuses. La scrofule est considérée par M. Duparc comme le résultat d'un principe virulent particulier, qui, engendré dans l'économie sous l'influence de conditions diverses, montre une tendance marquée pour certains tissus, qu'il contamine à l'exclusion des autres. La peau, le système lymphatique, l'appareil tégumentaire interne, etc., sont les principaux tissus tributaires de cette cause morbide; de là la scrofule cutanée, l'esthiomène, la scrofule ganglionaire, superficielle, muqueuse, l'ophthalmie, l'otite scrofuleuses, etc., dont l'auteur traite tour à tour. Dans un troisième et dernier groupe se placent les gourmes syphilitiques, qui se localisent principalement dans l'ophthalmie syphilitique, la blennorrhagie, les ulcérations du même caractère.

Les idées doctrinales qui ont inspiré le livre dont nous nous occupons, et auxquelles il faut se reporter pour trouver la justification de la nomenclature que nous venons de rappeler, sont loin d'être celles qu'adoptent en général les dermatologistes modernes. MM. Gibert et Baumès sont les seuls dans les ouvrages desquels on retrouve quelque reflet de ces vues pathologiques, dont le représentant le plus pur en France fut le savant Lorry. Nous ne pourrions, dans une simple notice bibliogra-

phique, nous engager dans la discussion des questions nombreuses qui se posent en face d'une pareille doctrine ; nous dirons seulement que, dans notre opinion, si les faits sévèrement observés n'ont point encore justifié ces vues théoriques, il est incontestable qu'un grand nombre de ces faits s'expliquent plus naturellement d'après celles-ci que d'après les vues du solidisme pur. Par cela seul que M. Duchesne-Duparc a tenté de réhabiliter la vieille doctrine thérapeutique de la dépuration, qui se rattache aux grands dogmes de l'école hippocratique, il est facile de comprendre que la thérapeutique que cet auteur recommande est bien différente du simple pansement, auquel la plupart des dermatologistes modernes se bornent dans le traitement des affections cutanées. Sans aucun doute à mesure qu'on marchera dans cette voie, où l'on rencontre aujourd'hui les esprits les plus distingués, à mesure qu'on s'occupera davantage de l'anatomie des liquides, on reviendra à ces idées auxquelles un autre mode d'observation avait d'abord conduit. En entrant hardiment dans cette voie, M. Duchesne a montré qu'il comprend où sont les questions qu'il est opportun d'agiter dans l'état actuel de la science. Il n'a point résolu toutes celles qu'il a abordées, mais il a jeté quelques lumières sur celles même qu'il n'était point en mesure de résoudre. Ce livre, en un mot, contient de la bonne science; il peut guider heureusement les praticiens dans les applications de l'art.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Tumeur du sein du poids de huit livres sur une femme de soixante-onze ans ; opération suivie de succès. — De la Forge (Marie-Anne), âgée de soixante-onze ans, douée d'une excellente constitution, ayant toujours joui d'une bonne santé, entra le 22 novembre à l'hôpital de la Pitié, dans la salle Saint-Augustin. Cette femme rapporte qu'il y a cinq ans, sans cause appréciable, elle s'aperçut qu'elle portait dans le sein gauche une petite glande, mobile, indolore, à laquelle elle ne fit plus attention. Cette glande progressa lentement, et il y a quatre mois qu'elle n'avait encore que le volume des deux poings. Depuis cette dernière époque des élancements douloureux se montrèrent, à d'assez rares intervalles toutefois, dans la tumeur qui s'accrut très-rapidement et d'une manière vraiment extraordinaire. Aujourd'hui, mesurée circulairement, elle offre 80 centimètres de circonférence au milieu, et 55 centimètres à sa base, qui est soutenue par une sorte de pédicule cutané. La tumeur a un aspect irrégulier, la peau qui la recouvre offre

une teinte violacée à peu près uniforme ; distendue et très-amincie, elle paraît emprunter cette coloration aux tissus situés au-dessous d'elle. La surface de la tumeur est bosselée et parcourue par des veines variqueuses, surtout à sa partie supérieure. L'aréole du sein est singulièrement élargie, son diamètre a 15 centimètres de longueur, le mamelon est entièrement effacé sans être déprimé. On s'assura aisément, à l'aide du toucher, que la tumeur a un poids considérable, qu'elle n'adhère nulle part aux tissus sous-jacents sur lesquels elle glisse avec la plus grande facilité en tous sens. Quant à sa consistance, elle varie suivant les points où on l'explore. Rénitente et en général assez ferme, elle est molle et comme fluctuante dans certaines parties. Malgré l'âge de la malade qui, dans toute autre circonstance, eût pu contre-indiquer une opération, M. Lisfranc tenant compte de l'excellente constitution de la femme De la Forge, et surtout des rapports anatomiques de la tumeur, de sa délimitation bien exactement définie et de son excessive mobilité sur les tissus adjacents, prit le parti d'opérer. Il fit d'abord remarquer qu'il était à craindre que la peau ne fût altérée vers la partie supérieure, qu'ainsi il se trouvait obligé de cautériser les téguments de la partie inférieure dans une grande étendue, afin d'avoir un lambeau très-vaste qui recouvrît la plaie dans les deux tiers au moins de sa surface. En conséquence il fit une première incision semi-lunaire à convexité inférieure, représentant un arc de cercle dont la corde eût eu 16 centimètres de longueur. Cette incision faite, avant de passer à la seconde, comme cela se pratique en général, le chirurgien disséqua le lambeau inférieur et tout le côté correspondant de la tumeur qu'il put ensuite soulever et renverser de bas en haut. N'omettons pas de dire que pour faciliter la dissection du lambeau inférieur, M. Lisfranc le divisa dans son centre en faisant tomber à angle droit, sur l'incision semi-lunaire déjà pratiquée, une incision verticale de bas en haut. La dissection de la tumeur ayant été portée le plus loin possible, et celle-ci se trouvant en partie détachée des parois thoraciques, la seconde incision semi-lunaire fut pratiquée, et, en quelques coups de bistouri et de ciseaux, l'opération fut achevée. La malade ne perdit pas plus de 64 grammes de sang, ce qui étonna beaucoup le chirurgien et les assistants ; et après un quart d'heure d'attente, elle fut portée à son lit sans qu'il eût été besoin de lier une seule artère.

Une heure et plus après l'opération, comme M. Lisfranc se disposait à faire la réunion par première intention, une hémorrhagie abondante se manifesta, et plus de quinze vaisseaux artériels durent être liés pour y mettre un terme. Les jours qui suivirent l'opération se passèrent sans accident, et aujourd'hui, huitième jour, la plaie, qui ne s'est que très-

ncomplétement réunie par première intention, suppure assez abondamment; les forces se soutiennent, on a eu soin de nourrir la malade de bonne heure, et si rien d'imprévu n'y met obstacle, il est très-probable que cette grande opération sera suivie de succès. Nous ne reviendrons pas sur tout ce qui concerne le manuel opératoire en lui-même, c'est-à-dire à la confection des lambeaux et à la dissection de la tumeur. Tous ces détails, et les motifs sur lesquels ils sont basés, ont été suffisamment examinés dans un article inséré au numéro de septembre dernier, et que nos lecteurs se rappelleront sans doute. Nous nous bornerons à signaler une circonstance du plus haut intérêt en pratique chirurgicale : nous voulons parler de l'hémorrhagie abondante, survenue plus d'une heure après l'opération, tandis que l'exécution de celle-ci n'avait déterminé que l'écoulement d'une très-petite quantité de sang. Ceci prouve combien M. Dupuytren, et après lui ses élèves, ont eu raison de s'opposer au pansement des plaies immédiatement après que l'opération est achevée. Le spasme général auquel l'organisation tout entière est alors livrée disparaît en effet au bout de ce temps plus ou moins prolongé, les vaisseaux cessent d'être contractés, et l'hémorrhagie, suspendue un instant, se produit. En différant le pansement des plaies, ainsi que M. Lisfranc a coutume de le faire, on ne s'expose pas à la nécessité de détruire les moyens de réunion que l'on a mis en usage, comme cela aurait lieu dans le cas d'une hémorrhagie secondaire survenant après le pansement. Quant à la nature de cette énorme tumeur qui pesait 8 livres, elle était on ne peut plus complexe. La dissection y montra une masse de matière encéphaloïde du volume du poing ; du tissu squirrheux proprement dit, et un grand nombre de kystes, contenant les uns de la sérosité rougeâtre, les autres un liquide séropurulent; quelques-uns contenaient une matière gélatiniforme : on ne retrouva aucune trace de la glande mammaire.

Exemple d'intoxication mercurielle et de désordres terribles du côté de la bouche, suivis de la mort, chez un enfant, par suite de l'absorption du sublimé corrosif.—Les accidents occasionnés sur les gencives et sur les glandes salivaires par le mercure sont rares chez les enfants, mais cependant on en a vu des exemples. En voici un exceptionnel il est vrai, mais formidable; l'absorption mercurielle a produit chez un enfant, dont nous allons rapporter l'histoire, des désordres terribles du côté de la bouche, une véritable intoxication et la mort. Cet enfant avait deux ans et jouissait de la meilleure santé; il portait dans la profondeur des sillons graisseux que forme la peau des cuisses, de petites excoriations du derme qu'on nomme gerçures. Sa mère avait l'habitude

de laver les parties et de les saupoudrer avec le lycopode. Cette malheureuse mère se trompe ; elle prend, dans le lieu qui renfermait la poudre de lycopode, une poudre à peu près semblable, jaunâtre comme elle (c'était du sublimé corrosif impur, ainsi qu'il fut démontré par l'analyse) ; elle saupoudre le pli de l'aine droite, la face interne du scrotum, et la partie supérieure de la cuisse de ce côté, avec du sublimé. L'enfant s'agite et pousse des cris. En vingt minutes une escharre brune, de 4 centimètres carrés, se forme dans le pli de l'aine. Les bourses deviennent très-volumineuses et comme demi-transparentes. M. le docteur Bouchut fit administrer trois bains émollients d'une heure chacun dans l'espace de douze heures, pour calmer les premières souffrances de l'enfant et favoriser la dissolution des molécules de sublimé dont la combinaison n'avait pas encore eu lieu. Mais le cas paraissant très-grave, le petit malade fut apporté à l'hôpital des Enfants, dans le service de M. Trousseau, trente-six heures après l'accident. L'état local ne paraissait pas devoir donner d'abord de trop vives inquiétudes. Mais vers le soir du second jour après l'application du sublimé, les gencives devinrent douloureuses, rouges, se gonflèrent et se revêtirent ainsi que la langue d'une couche blanchâtre, l'haleine devint fétide et les glandes sous-maxillaires douloureuses. Toute la muqueuse buccale participa bientôt à ces désordres ; au sixième jour, elle était envahie de toutes parts, le gonflement s'était propagé des gencives à la muqueuse de la voûte palatine et à celle qui recouvre la face interne de la joue. Des escharres grisâtres se formèrent, l'une sur la lèvre inférieure, les autres de chaque côté du globe alvéolaire supérieur, au niveau des dents molaires ; d'autres enfin sur les côtés de la langue. Au-dessous de la couche blanchâtre des escharres, les chairs étaient fongueuses et saignantes. Bientôt s'accomplit le sphacèle des gencives, la dénudation du rebord des os maxillaires et la chute de plusieurs dents incisives inférieures. L'haleine était d'une fétidité repoussante, la salivation était peu considérable et difficile à constater chez cet enfant qui avalait sans cesse le produit de cette sécrétion. M. Trousseau cautérisa d'abord la muqueuse avec la poudre d'alun, puis avec de l'acide hydrochlorique affaibli ; il porta enfin sur les escharres un pinceau chargé d'acide nitrique ; aucun de ces moyens ne put modérer la marche des accidents. A plusieurs reprises il s'effectua, par les surfaces ulcérées ou les escharres, des hémorrhagies considérables. Une partie du sang était avalée, l'autre rejetée au dehors avec quelques débris de muqueuse sphacélée. Enfin cet intéressant et malheureux enfant, qui conserva jusqu'à la veille de sa mort la plus grande aménité, cessa de vivre le quinzième jour de l'accident. Pendant toute la durée de la maladie, il n'y eut pas de désor-

dres gastriques, pas de diarrhée ni de vomissements autres que ceux que déterminait la quantité de sang qu'il avalait par suite de l'hémorrhagie buccale.

Fracture du fémur chez un individu atteint de tumeur blanche du genou. — Nouveau procédé de traitement. — Guérison. — S'il est vrai que dans une fracture de la cuisse la réduction des fragments est quelquefois très-difficile à maintenir, le membre étant d'ailleurs parfaitement sain dans toutes les autres parties, on comprendra sans peine combien les obstacles au traitement se multiplient lorsqu'une complication grave préexiste à la fracture elle-même, et s'oppose à l'emploi des appareils contentifs ordinaires. C'est là un cas de pratique d'autant plus embarrassant que les auteurs ne l'ont pas prévu, et que le chirurgien qui le rencontre se trouve complétement livré aux seules ressources de son esprit. Le fait suivant, que nous avons recueilli dans le service de M. Lisfranc, pourra servir de règle dans les circonstances analogues. Au nº 10 de la salle Saint-Louis est couché un enfant de dix ans, d'un tempérament lymphatique et même scrofuleux ; il est en traitement pour une tumeur blanche du genou droit, dont il est affecté depuis plusieurs mois. Cette tumeur blanche a doublé le volume de l'articulation, et a donné lieu à plusieurs abcès dont les ouvertures spontanées sont restées fistuleuses. La jambe est fléchie presque à angle droit sur la cuisse; il y a enkylose incomplète de l'articulation tibio-fémorale. Dans cette situation, le petit malade fit une chute et se fractura le fémur à l'union du tiers supérieur de cet os avec son tiers moyen. A quel appareil pouvait-on s'adresser dans un pareil cas pour maintenir la réduction des fragments sans porter préjudice à l'articulation antérieurement affectée? Tout appareil extensif était impraticable en raison de l'état d'ankylose où se trouvait le genou. Fallait-il mettre le membre sur le plan incliné de Dupuytren? mais son attitude vicieuse s'y opposait, car pour cela il eût encore fallu agir sur l'articulation malade, et toute action dans ce sens l'eût inévitablement compromise, surtout venant d'être assez fortement atteinte dans la chute qu'avait faite le malade, et une recrudescence inflammatoire étant à craindre pour elle. Quant à la fracture, elle offrait pour phénomène principal une saillie considérable produite par le fragment inférieur, qui se portait fortement en avant et en dehors. Dans cet état de choses, convaincu de l'importance qu'il y avait à n'exercer aucune violence sur l'articulation tibio-fémorale, et à la laisser en dehors de tout appareil contentif, afin de pouvoir la soumettre au traitement antiphlogistique qu'elle réclamait, M. Lisfranc fléchit la cuisse de manière à la rendre presque perpendiculaire à l'axe

du tronc, et la plaça ensuite de telle sorte qu'elle reposait par la face externe sur le plan légèrement incliné que forme le matelas du lit. Dès que la cuisse fut ainsi disposée, le déplacement du fragment inférieur cessa. Un appareil de Scultet fut ensuite appliqué, avec le soin de borner son action à la cuisse seulement. Des cataplasmes émollients furent appliqués sur le genou, et pendant tout le temps que l'appareil dut être maintenu, il fut facile de panser l'articulation malade et de la soumettre à tous les agents thérapeutiques que son état exigeait, comme si la cuisse n'eût pas été fracturée. Aujourd'hui la consolidation de la fracture est achevée ; elle a lieu sans difformité ni raccourcissement du membre, si bien qu'en voyant ce résultat si heureux et on peut dire si imprévu, M. Lisfranc s'est demandé si la position qu'il a été forcé de donner à la cuisse ne serait pas préférable aux diverses attitudes qu'on a coutume de lui donner et qui varient suivant l'appareil que l'on adopte. Raisonnant dans cette hypothèse, il se propose d'y avoir recours à la première occasion qui lui sera offerte de traiter une semblable fracture du fémur. On sait combien, lorsqu'elle siége à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur, cette fracture est difficilement contenue. Il y aurait donc avantage à pouvoir généraliser l'indication fournie par l'observation qui précède.

Cancer du sein et engorgement des ganglions axillaires : extirpation de la tumeur, suivie de la résolution spontanée des ganglions. — Au n° 20 de la salle Saint-Augustin, à l'hôpital de la Pitié, est une femme de soixante-dix-sept ans, qui est entrée portant une tumeur cancéreuse du sein d'origine assez récente. Il n'y a pas plus de dix-huit mois que la malade s'en aperçut. Cette tumeur, qui a envahi la glande mammaire dans toute son étendue, est dure, bosselée, inégale, très-douloureuse, offre enfin tous les caractères pathognomoniques de l'affection cancéreuse. Les ganglions lymphatiques situés dans l'aisselle du même côté sont engorgés, et on peut suivre les prolongements de cet engorgement jusqu'au sommet de l'aisselle où ils semblent se perdre. Les douleurs partant du sein s'irradient également dans la région axillaire.

Malgré les circonstances graves qui semblaient *à priori* contre-indiquer toute opération, M. Lisfranc prit le parti d'enlever la tumeur mammaire seulement, et de respecter les ganglions lymphatiques, espérant en obtenir plus tard la résolution. Cet espoir ne fut pas trompé, car quelques jours s'étaient à peine écoulés depuis l'opération, que le volume de l'engorgement ganglionnaire avait déjà beaucoup diminué. Au bout d'un mois environ, avec l'aide d'un traitement résolutif, tant

interne qu'externe, les ganglions tuméfiés avaient repris leurs dimensions ordinaires. L'opération aujourd'hui date de deux mois, et il n'existe plus la moindre trace de ces engorgements. La plaie du sein est entièrement cicatrisée.

Le fait que nous venons d'exposer succinctement offre plusieurs détails sur lesquels il convient d'insister. Nous ferons d'abord remarquer le concours de circonstances on ne peut plus défavorables à l'opération, et dont chacune prise isolément pouvait être considérée comme formant une contre-indication; ainsi l'âge de la malade, l'engorgement des ganglions lymphatiques, et les douleurs dont ils étaient le siége. Malgré cela, M. Lisfranc s'est déterminé à pratiquer l'amputation du sein pour les motifs suivants : si le cancer eût été chronique, il se fût abstenu de toute opération ; parce qu'il n'est pas rare, avec cette forme, de le voir subsister pendant fort longtemps sans préjudice notable pour la santé, et parce qu'ensuite il récidive presque sûrement quand on a le tort de l'enlever.

Ici le cancer était des plus vivaces, comme l'indiquaient sa marche et son développement rapides; or, l'expérience a prouvé que la récidive est bien moins à craindre alors, si l'opération a été faite en temps opportun et avec les précautions nécessaires. Mais ce n'était pas tout que de se décider pour l'opération, une nouvelle difficulté restait à résoudre : comment l'opération serait-elle faite? Se bornerait-on à enlever seulement la tumeur du sein, ou bien faudrait-il extirper avec elle tous les ganglions axillaires? Pour cela il devenait nécessaire de prolonger les incisions jusque dans le creux de l'aisselle, de se livrer à une dissection longue et douloureuse, et de faire ainsi une énorme plaie sur les parois thoraciques. Or, le grand âge de la malade et la faiblesse de sa constitution n'eussent pas permis de tenter sans danger une semblable opération. Aussi croyons-nous que le chirurgien, dans cette circonstance, a fait preuve d'une habileté pratique que l'expérience seule peut donner. Il s'est rappelé que Desault et Sœmmering rapportent des cas analogues où la résolution d'engorgements ganglionnaires situés dans le voisinage de tumeurs cancéreuses fut obtenue après que celles-ci eurent été extirpées; et il a pu dès lors espérer pour sa malade un pareil résultat. Disons cependant que ces faits, dont le praticien doit faire son profit, ne sauraient servir de base à une thérapeutique absolue et être érigés en principes généraux. L'indication pratique qui en découle est évidemment exceptionnelle et commandée par des circonstances tout à fait spéciales. Le principe est de tout enlever quand il s'agit d'un cancer, et dans les cas d'exception que nous supposons, il faut d'abord s'assurer de l'état des ganglions : s'ils ne sont ni très-durs, ni bosselés,

ni inégaux, ni le siége de douleurs lancinantes et exactement semblables à celles du sein cancéreux. Ces ganglions peuvent être à l'état d'induration simple, on a tout à gagner alors à les respecter, puisque la résolution pourra plus tard se faire sous l'influence des moyens généralement usités. Agir empiriquement dans ces cas pathologiques si difficiles d'ailleurs, ce serait s'exposer à des revers graves et sans nombre.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

ABERRATION DANS LA SENSATION DES COULEURS (*Observation sur un cas d'*). Les observateurs ont recueilli plusieurs cas d'individus présentant cette anomalie singulière de la vue, qui ne permet pas de distinguer et de différencier les couleurs les unes des autres. En voici un nouvel exemple remarquable, publié par M. le docteur Boys de Loury. — M. H... était destiné dans sa jeunesse à succéder à son père dans une entreprise de teinture de draps. Il suivit cette profession pendant plusieurs années; mais il se vit forcé d'y renoncer, non pas qu'il fût incapable, mais parce qu'il ne put jamais parvenir à assortir les nuances, ce qui était la base de son état. Il croyait que son impossibilité se bornait aux nuances, mais les expériences suivantes de M. Boys de Loury démontrent que l'infirmité était plus grave et s'étendait jusqu'aux couleurs.

On présente à cet individu un paquet d'étoffes de couleurs et de nuances toutes différentes. Une belle couleur orange très-éclatante est simplement jaune pour lui; pour lui, le vert-pomme est encore jaune; il ne trouve qu'une légère différence de nuance avec la couleur qui précède. Le lilas est bleu, le violet le plus foncé est toujours pour lui le gris, il n'est pas bien certain que ce soit bleu ou lilas. Quant aux couleurs ponceau, garance et vermillon, aucune différence entre elles; elles sont toutes d'un ton violet, qui peut se confondre avec le bleu; mais le rose est constamment un blanc sale. Une belle couleur brune est pour lui complétement noire; à la première vue, le carmin le plus éclatant est un bleu foncé; pourtant, avec plus d'attention, il juge que c'est un violet.

Où aller chercher, dit l'auteur, la cause d'une pareille affection, qui est presque toujours congénitale? Il pense que c'est à l'atrophie de la rétine, état peut-être inappréciable à nos sens, qu'est due cette aberration de la sensation des couleurs. (*Revue médicale*, novembre 1843.)

AFFECTIONS TYPHOIDES (*Sur un nouveau moyen de diagnostic et sur un nouveau traitement des*). Si le praticien possédait un signe diagnostic qui, dès le début d'une maladie, lui permît de prévoir quelle sera sa nature et son intensité, qui lui indiquât en même temps à quels moyens il doit recourir pour la combattre, certes ce serait le beau idéal de notre art, et nous ne connaissons pas de science qui pût se prévaloir de prééminence sur les sciences médicales. Malheureusement, et qui de nous l'ignore? nous sommes loin, bien loin d'un tel état de choses. Et pour le sujet dont il s'agit en ce moment, quel est le praticien qui, dans les prodrômes et dans la période d'invasion d'une fièvre continue ou d'une inflammation, puisse en prédire le caractère et la gravité, se tenir en garde contre ce terrible élément typhoïde si redouté et si redoutable? — M. le docteur Ranque croit être cependant parvenu à ce beau résultat. Ce praticien honorable et distingué possède, dit-il, un moyen de reconnaître le début d'une affection typhoïde, il possède aussi le traitement qui fait avorter les symptômes graves qui se présentent dans les fièvres ou dans les inflammations. Pour le premier point, écoutons-le lui-même: « Toutes les fois que dans les pre-

miers jours d'une pyrexie continue, quelle que soit la forme sous laquelle elle se présente, il se produit *sur les gencives* interposées entre les molaires *une exsudation blanche de couleur nacrée*, on peut être assuré que cette pyrexie, dans le plus grand nombre des cas, a une grande tendance à devenir grave, si elle n'est traitée convenablement. Ce symptôme est constant, non-seulement dans les pyrexies, mais dans toutes les affections qui sont destinées à devenir graves et typhoïdes. Pour nous, il est pathognomonique et suffit pour former notre diagnostic. Si à ce symptôme on réunit *la couleur indigo, teinte jus de mûres des piqûres des sangsues*, et un commencement de prostration, l'affection, dès ce moment, a tout à fait le caractère typhoïde. Quelque benins que puissent paraître alors les symptômes que présente la maladie, qu'il y ait encore peu de lièvre, peu de prostration, peu de désordre dans les fonctions, vous pouvez être certain que, dans le plus grand nombre des cas, vous aurez à combattre une affection qui deviendra redoutable, ou pour le moins grave. » — On voit combien il est important, d'après M. Ranque, quand on a à traiter dans son début une pyrexie continue, de s'assurer, dès ce moment, de l'état des gencives, et de reconnaître la teinte que présentent les piqûres des sangsues qu'on aura appliquées. Pour s'assurer de l'état des gencives, il ne faut pas se contenter d'examiner celles qui appartiennent aux incisives et aux canines; c'est sur les gencives des petites molaires qu'il faut porter toute son attention. Si la surface des interstices qui séparent ces dents offre une pyramide nacrée dont la base repose sur le corps de la gencive qui revêt la branche de la mâchoire, la pyrexie n'est plus simplement inflammatoire, ou pour mieux dire son siége n'est plus seulement dans les capillaires sanguins, elle appartient dès lors à la famille des affections typhoïdes; si l'exsudation qui forme cette teinte nacrée s'efface avec le doigt, est très-mince, et occupe une petite surface, la maladie sera peu grave, quoique typhoïde. Si cette exsudation est épaisse, ne s'enlève point par le toucher, si elle affecte un grand nombre d'interstices dentaires, et une grande surface gengivale, si la teinte est grisâtre, on peut pronostiquer la gravité de la maladie. « Nous présentons ces deux signes, ajoute M. Ranque, comme un moyen presque infaillible de reconnaître dans ces affections celles qui n'ont et n'auront dans leur cours qu'un caractère benin, de celles qui ont de la tendance à offrir des phénomènes graves, et à les distinguer de celles qui n'en présenteront pas. »

Quant au traitement, si la pyrexie se présente sous les deux caractères indiqués, M. Ranque emploie un traitement antiphlogistique qui diffère peu de celui généralement connu. Mais aussitôt que la teinte nacrée des gencives et la couleur jus de mûres des piqûres de sangsues se présentent, il suspend aussitôt les antiphlogistiques pour faire appliquer sur le ventre et les lombes un large épithème composé de la masse emplastique suivante :

Masse emplastique de ciguë.	1 once 1/2.
Diachylon gommé.	1 once 1/2.

Faites ramollir à un feu doux et dans l'eau chaude, puis incorporez avec soin les substances qui suivent :

Poudre de thériaque, c'est-à-dire les substances pulvérulentes qui entrent dans sa composition :

Poudre de thériaque. . .	1 once.
Camphre en poudre. . .	2 gros 1/2.
Soufre en poudre. . . .	1/2 gros.

Faites du tout une masse emplastique rendue le plus homogène possible, recouvrez-en deux morceaux de toile ou de peau assez larges pour couvrir les lombes et le ventre en totalité.

Ces substances résineuses et aromatiques paraissent être, dit M. Ranque, aux affections typhoïdes, ce que sont les substances mucilagineuses aux affections franchement inflammatoires. L'action bienfaisante de ces épithèmes est pour lui un fait incontestable, qui se reproduit dans sa pratique avec une uniformité qu'il appelle admirable.

—Tout en faisant nos réserves sur ce traitement, qui se présente certainement sous l'autorité d'un confrère respectable et des plus instruits, nous attirerons spécialement l'attention du praticien sur les nouveaux signes diagnostics donnés par M. Ranque, et surtout sur l'enduit nacré des gencives à la période de début des fièvres de mauvais caractère. Si ces faits se confirment, M. Ranque aura rendu un véritable service à la pratique et bien mérité d'une science dont il est un des plus hono-

rables représentants. (*Nouvelle méthode de traitement des fièvres continues*, par M. Ranque. Broch. in-8. Paris 1843. Baillière.)

AMAUROSE (*Galvano-poncture appliquée au traitement de l'*) *par un procédé nouveau*. Il n'est peut-être pas en pathologie oculaire une seule affection qui reconnaisse des causes aussi nombreuses et plus variées que l'amaurose, et c'est pour n'avoir pas suffisamment étudié cette maladie au point de vue étiologique, que bien souvent le traitement dirigé contre elle est insuffisant, ou même qu'il échoue complètement. Convaincu de cette vérité, M. le docteur Person a soin, dans le mémoire qu'il vient de publier sur l'électro-poncture appliquée à l'amaurose, de rechercher avec soin les caractères propres de la maladie dans les divers cas qu'il a soumis à ce mode thérapeutique, et d'en bien apprécier l'origine. Toujours, chez les individus auxquels il a donné ses soins, l'état amaurotique tenait à une innervation particulière du nerf optique ou de ses dépendances, sans altération organique sensible; or, ce n'est que dans cette variété d'amaurose, que l'électro-poncture peut être mise en usage avec quelque chance de succès.

M. Person cite douze observations, desquelles il résulte que chez cinq malades l'action de la galvano-poncture a eu un résultat avantageux. Dans les sept autres cas, cette médication a été insuffisante. Il n'y a rien, comme on voit, jusque-là, qui ne rentre dans le domaine des faits connus. Mais abordons la question en ce qu'elle offre de plus intéressant et de tout à fait neuf; je veux parler du procédé opératoire auquel l'auteur a eu recours pour deux de ses malades. En voici un exemple : *Obs.* IV. Mlle Rigos, couturière, âgée de vingt-sept ans, était atteinte d'amaurose depuis cinq ans; yeux transparents, pupilles immobiles et dilatées, apparence d'une tache grisâtre au fond de l'œil; ce fut dans cet état que je lui pratiquai la galvano-poncture en implantant une aiguille sur la sclérotique jusqu'au milieu du corps vitré de l'œil droit; et une autre à la nuque, afin d'établir le courant entre ces deux points. Aussitôt l'opération commencée, la vision se rétablit et ne dura que le temps de la séance. Le lendemain, la même méthode de traitement fut employée et produisit le même phénomène de la veille, mais dans ce cas la vue persista en partie, et la malade continua à jouir depuis ce temps des bienfaits de cette médication. Cette cure partielle remonte à plus de dix-huit mois. Chez le second malade, qui fut soumis au même procédé opératoire deux fois, la vue se rétablit chaque fois pendant la séance d'électro-poncture; mais des douleurs qui se manifestèrent dans le globe de l'œil et dans la tête ne permirent pas de revenir à cette opération; aussi le malade n'en a-t-il retiré qu'un bénéfice momentané. Quant aux autres individus traités par la méthode ordinaire, l'auteur nous apprend qu'il ne faut pas trop tôt y renoncer, puisque l'un d'eux ne fut guéri qu'après un traitement de quatre mois de durée et de 150 séances. Pour les autres, le nombre des séances varie entre 15 et 50. (*Journ. des Conn. méd.-chir.*, novembre 1843.)

AMAUROSE *traitée et guérie par l'inoculation du sulfate de strychnine*. Nous qui avons beaucoup employé la strychnine dans le traitement de l'amaurose asthénique, et qui reconnaissons ce moyen comme le meilleur auquel on puisse recourir dans ces cas, déclarons néanmoins n'avoir jamais obtenu de guérison aussi extraordinaire que celle que nous allons rapporter. Au demeurant, nous devons enregistrer ce fait à ce titre, d'abord que la guérison a été on ne peut plus rapide, et en second lieu parce que le procédé d'introduction du médicament est nouveau.

La fermière B., demeurant à deux lieues de Bréda, âgée de vingt-sept ans, d'une constitution nerveuse, éprouva dans le courant du mois d'octobre 1842, en sortant de l'église, une douleur hémi-crânienne très-intense, douleur qui fut suivie d'une diminution notable de la vue par l'œil gauche. Cette femme, après avoir été traitée pendant deux mois par son médecin, qui n'avait dirigé ses médications que contre la céphalalgie, vint, le 3 janvier 1843, consulter M. le docteur Verlegh, médecin à Bréda. Elle offrait les symptômes suivants : la pupille du côté gauche était dilatée; on ne reconnaissait aucun mouvement à l'iris, il ne formait qu'un cercle étroit, et laissait la pupille dans son plus

grand état de dilatation : cette dilatation n'était pas influencée par la plus vive lumière, même par celle d'une bougie. Néanmoins après avoir soustrait l'œil amaurotique, ainsi que l'œil droit, qui offrait déjà les premiers symptômes de l'amaurose, à la lumière du jour, il y avait un léger mouvement de la pupille du côté malade, quand on exposait les deux yeux à l'impression d'une vive lumière. Il n'y avait aucun changement de couleur au fond do l'œil; les douleurs de tête persistaient, quoique avec moins d'intensité, et du côté malade la vue était totalement éteinte. Il y avait trois semaines que la malade n'avait pas vu le moindre objet par cet œil; la cécité avait été précédée par la sensation de taches de différentes couleurs voltigeant dans l'air. Le traitement antécédent avait consisté en des purgatifs et de temps en temps des sinapismes à la nuque. M. Verlegh entreprit avec suite les divers traitements les plus préconisés contre l'amaurose, et les continua jusqu'au mois de mars sans le moindre effet; des symptômes même se manifestèrent du côté de l'œil droit. C'est alors qu'il entreprit de pratiquer autour de l'œil des inoculations avec le sulfate de strychnine, dans le but d'obtenir de ce médicament son action sur les parties paralysées. Il supprima tous les moyens qu'il avait employés jusqu'alors, et, le 21 mars 1843, il commença le nouveau traitement de la manière suivante : — Il déposa dans un verre de montre un grain de sulfate de strychnine, mêlé avec deux gouttes d'eau; il fit le premier jour avec la lancette douze inoculations, six au-dessus de l'œil gauche, dans la direction du nerf sus-orbitaire, et autant au-dessous de l'œil, et sur l'ailo du nez, endroit où se termine le filet ethmoïdal de la branche nasale, et de laquelle partent des filets qui vont à l'iris. La malade ne ressentit aucun effet ce jour-là, mais le lendemain il y eut de légers frémissements dans la direction de l'inoculation; laissant deux jours d'intervalle, M. Verlegh recommença l'inoculation, en augmentant de six piqûres, après quoi la malade s'aperçut d'un léger nuage, ce qui encouragea notre confrère à continuer. Après cinq inoculations successives qui furent portées à trente piqûres, la malade commençait à distinguer les objets; et après la huitième, la vue était totalement rétablie; la contraction de la pupille s'est rétablie graduellement, et les autres symptômes ont disparu après avoir usé cinq grains de sulfate de strychnine. M. Verlegh crut devoir faire en outre quelques inoculations sur la circonférence de l'œil droit, qui était le bon.

En publiant cette observation, notre confrère fait observer que depuis plus de deux mois la vue se maintient excellente. Ce temps lui paraît suffisant pour pouvoir établir que la guérison est complète et qu'elle sera durable.— Nous n'avons aucun motif pour révoquer en doute l'exactitude de cette observation. Les bons effets dans l'amaurose de la strychnine que nous employons, nous, par la méthode endermique en frictions et en collyre, est un fait parfaitement acquis à l'art; mais, nous le répétons, nous n'avons jamais observé d'action aussi prompte. (*Annales de la société de médec. d'Anvers*, novemb. 1843.)

ANÉVRYSME FAUX PRIMITIF (*Contusion très-violente suivie d'un*). Depuis que Dupuytren publia en 1828 (*Rép. d'Anat. et de Physiol. pathol.*, t. V.) son remarquable mémoire sur l'anévrysme faux primitif, l'étiologie de cette lésion artérielle est beaucoup mieux connue. On sait que si le plus souvent elle reconnaît pour cause une plaie faite par un instrument piquant ou tranchant, elle peut encore succéder à la rupture spontanée ou accidentelle d'une artère primitivement malade. Quelques auteurs ont avancé que cette espèce d'anévrysme pouvait être aussi produite par une violente contusion; mais cette opinion, il faut le dire, n'était pas jusqu'alors sanctionnée par les faits. L'observation suivante dont nous sommes redevable à M. le docteur Lebert nous a paru sous ce rapport offrir de l'intérêt.— Un homme de la campagne, âgé de quarante-cinq ans, d'une constitution robuste, aidait son frère à descendre de cabriolet, quand tout à coup le cheval prit le mors aux dents et le renversa à terre. La violence de la chute fut si forte qu'il perdit connaissance momentanément, à tel point qu'il ne se rappelait pas comment l'accident était arrivé. Peu de temps après une douleur vive se manifesta dans le membre inférieur gauche qui augmenta de volume rapidement, en même temps que le pied

correspondant devint presque froid et insensible. Cependant le blessé se releva et parcourut à pied un trajet de cinq cents pas environ, mais avec beaucoup de peine.

Appelé le quatrième jour de l'accident, le docteur Lebert constata les faits suivants le 22 mai 1842 : — Le membre inférieur gauche depuis sa racine jusqu'au niveau des malléoles a doublé de volume. La peau est lisse, tendue, rénitente, ne conserve pas l'impression du doigt. On n'y remarque aucune solution de continuité, si ce n'est une légère excoriation à la partie externe du genou et quelques petites vésicules remplies d'une sérosité roussâtre au jarret. En avant la peau a sa coloration naturelle, en arrière elle offre une teinte violacée, presque noire. La caloricité y est anormale. Dans toute son étendue le membre est le siége d'un engourdissement, d'une douleur sourde exaspérée par la pression, et vive surtout au niveau du tiers interne et supérieur de la jambe, où d'ailleurs la tension est extrême et la peau tout à fait noire : il est vraisemblable, dit l'auteur, que la cause vulnérante a principalement agi dans le point qui paraît avoir éprouvé les altérations les plus profondes. Du reste le membre a conservé sa sensibilité naturelle, et ne présente ni battement ni vibration insolites. Le blessé se soulève assez facilement, mais tout d'une pièce. Point de fracture, point de luxation. Le pied correspondant immobile, sans changement de couleur à la peau, sans lésion apparente, est presque complétement froid et insensible. On le fait mouvoir sans que le malade en ait la conscience. Le chatouillement seul y révèle encore un peu de sensibilité. On n'y sent pas le battement des artères, quoiqu'il ne soit le siége que d'un empâtement peu considérable. — Quant à l'état général, pour toute anomalie on constata de la force et de la dureté dans le pouls, sans chaleur à la peau. Aucune lésion ne fut observée dans les autres parties du corps.

Le docteur Lebert prescrivit une saignée du bras de 500 grammes que l'on répéta le lendemain, 25 sangsues furent appliquées à l'aine, cataplasmes émollients sur le membre blessé qui est posé sur un coussin de balle d'avoine, formant un plan incliné vers la cuisse. Cinq jours de ce traitement suffirent pour que la cuisse jusqu'au niveau de l'articulation tibio-fémorale ne conservât d'autres traces de la lésion qu'elle avait éprouvée, qu'une teinte noirâtre, comme marbrée, qui commençait à passer au jaune dans toute l'étendue de sa face postérieure et externe. On y sentait alors très-bien les battements artériels. La jambe et le pied ne présentèrent aucune amélioration, malgré l'emploi continuel des antiphlogistiques. Les accidents ont même pris un caractère de gravité de plus en plus alarmant. Au 30 mai il existe sur les deux tiers inférieurs de la jambe une teinte rougeâtre, comme érysipélateuse, accompagnée d'élancements et de douleurs cuisantes. Supérieurement la jambe n'a pas changé d'état. Le pied, tout à fait froid et insensible, commence à se dessécher, surtout aux orteils. Fièvre et agitation. Le 31, la gangrène a fait des progrès; les orteils sont noirs et desséchés, teinte livide du pied, couleur rouge foncé de la jambe jusqu'à la partie moyenne. Dans cet état de choses, M. Lebert et un de ses confrères qu'il appela, convaincus de l'existence d'un anévrysme faux primitif qui ne comportait aucune opération, furent d'avis d'amputer la jambe au lieu d'élection. Refus de la part du malade: 48 heures après la gangrène avait envahi toute la cuisse, et la mort arriva dans la nuit du 3 au 4 juin.

—Pour qu'elle soit complète et à l'abri de toute contestation, il manque à cette observation la preuve anatomique. Cependant l'auteur n'en persiste pas moins à y voir un exemple d'anévrysme diffus, résultat de la contusion, et d'abord il fait remarquer que la gangrène n'a pas pu être produite par l'étranglement inflammatoire, puisque le pied, immédiatement après l'accident et avant l'invasion de la phlegmasie érysipélateuse, était dans un état très-voisin du sphacèle; d'ailleurs la gangrène par inflammation n'a pas le caractère qu'offrait celle-ci; l'une ramollit les tissus, tandis que l'autre en amène la dessiccation, comme on l'a vu chez notre blessé. On ne peut donc pas expliquer autrement que par la lésion d'une ou de plusieurs artères d'un certain calibre, la tuméfaction presque instantanée de tout le membre abdominal; la persistance du gonflement non inflammatoire de la jambe, surtout à sa partie moyenne, malgré le prompt retour de la cuisse à son volume naturel, et en dernière

analyse la gangrène survenue comme conséquence du trouble profond apporté à la circulation. Les vaisseaux artériels quels qu'ils soient, tronc tibio-péronien ou l'une de ses divisions principales, une fois rompus ou déchirés par la cause vulnérante, le sang aura fait irruption au loin; d'où le gonflement énorme du membre. Mais bientôt ce liquide, continue l'auteur, par son accumulation au-dessous des parties fibreuses et résistantes, devint un moyen naturel de compression, qui, joint à la réfraction et au froncement des tuniques de l'artère blessée, oblitéra son ouverture et suspendit ainsi l'hémorrhagie. En même temps la tension extrême des aponévroses, réagissant sur les autres vaisseaux sanguins, y fit cesser à peu près complétement la circulation, ce qui explique l'asphyxie du pied presque aussitôt après l'accident. Enfin l'inflammation venant à s'emparer des parties contuses, a détruit ce qui leur restait d'organisation et de vie, et n'a fait qu'ajouter par ses effets immédiats à la cause primitive de la gangrène. Celle-ci s'est ensuite propagée jusqu'à l'abdomen par le même mécanisme, c'est-à-dire par suite de l'oblitération de l'artère fémorale et de ses ramifications. (*Journ. des Conn. méd.-chirurg.*, novembre 1843.)

BLENNORRHAGIE *chez la femme (de la), et de la transmission de l'inflammation utérine au péritoine.* Quel est le siége primitif de la blennorrhagie chez la femme? En d'autres termes, par quel organe débute-t-elle? Les praticiens sont en désaccord sur ce point. Il y a peu de temps, M. Gibert a soutenu que le méat urinaire est le siége d'élection de la blennorrhagie chez la femme, et que, sur 116 cas qu'il a observés à l'hôpital de Lourcine, il a constamment remarqué, dans les premières semaines de la maladie, une suppuration catarrhale de l'urètre. Il ajoute que la vaginite est rare; que, sur plusieurs centaines de femmes qu'il a examinées au spéculum, c'est à peine s'il a rencontré cinq ou six fois un écoulement vaginal bien prononcé. M. Ricord, au contraire, assure que dans la majorité des cas l'affection du vagin l'emporte sur celle de l'urètre. C'est aussi l'opinion de M. Delmas, de Montpellier, de M. Durand-Fardel, qui, chose singulière, a observé dans le même hôpital que M. Gibert.

Voici un autre observateur, M. le docteur A. Mercier, qui vient corroborer l'opinion de MM. Ricord et autres. Il lui a toujours semblé que l'inflammation débutait par la muqueuse vulvaire, et s'étendait de là au vagin, à l'urètre et à l'utérus. Si M. Gibert avait observé ses malades dans les premiers jours, et non dans les premières semaines, il aurait pu se convaincre de ce fait.

Un autre point sur lequel M. Mercier attire l'attention des praticiens, c'est sur la transmission de la blennorrhagie au péritoine. De même, dit-il, que l'inflammation de la région prostatique s'étend souvent aux testicules par les conduits spermatiques, de même, celle de la muqueuse utérine doit pouvoir se transmettre au péritoine par les trompes. Cette idée n'est pas chez lui à l'état de pure opinion; il produit un fait dans lequel on voit qu'une jeune fille atteinte de blennorrhagie, et ayant succombé pendant le cours de cette dernière affection à une fièvre typhoïde, présenta des traces évidentes d'inflammation, de fausses membranes, sur le péritoine, qui forme le cul-de-sac vésico-utérin, sur la face postérieure de la vessie et sur la face antérieure de la matrice. Il en était de même dans le cul-de-sac utéro-rectal, où existaient des adhérences, ainsi que sur les ligaments larges, les ovaires et les trompes, à tel point qu'on ne put retrouver les franges de la gauche, qui était ainsi oblitérée. M. Mercier s'appuie sur l'autorité de Morgagni, qui a vu deux fois, sur deux filles publiques, les trompes adhérentes et oblitérées, par suite, probablement, de la transmission de la blennorrhagie.

Ce sujet intéressant, en ce que cette transmission reconnue évidente pourrait expliquer un certain nombre de cas de stérilité chez certaines femmes, mérite d'être sérieusement étudié, et M. Mercier a fait une chose utile en appelant sur lui l'attention des observateurs. (*Revue médicale*, novembre 1843.)

BUBONS (*De la cautérisation dans le traitement des*). La méthode antiphlogistique, l'incision ordinaire, l'incision sous-cutanée, l'écrasement, et bien d'autres traitements encore, ont été et sont tous les jours préconisés

pour la guérison des bubons. Il faut le reconnaître, c'est une circonstance bien difficile à obtenir que la résolution de ces tumeurs. Pour M. le docteur Chabrely, le problème ne serait pas aussi difficile en tenant compte des neuf observations qu'il a recueillies et dans lesquelles la cautérisation au moyen de la potasse caustique a été suivie de succès. En voici une analyse succincte. — Homme de trente ans, bubon aigu à l'aine gauche succédant à une blennorrhagie virulente. Pierre à cautère sur le sommet de la tumeur, soutenue par quatre rondelles de diachylon gommé, percées dans leur centre pour le passage du caustique, lequel est entouré de charpie, afin d'éviter la fusion de la potasse sous la toile-dieu; la rondelle extérieure n'est point perforée dans son centre, afin de maintenir en place le caustique. Le lendemain, cataplasmes sur l'escharre jusqu'à sa chute qui a lieu six jours après; frictions sur le bubon avec l'onguent mercuriel. Pansement du fonticule avec onguent suppuratif; la douleur diminue notablement. En trois semaines, la résolution de la tumeur est complète. La cicatrice est à peine visible. — Deux bubons d'emblée apparus quinze jours après un coït suspect. Caustique sur les deux. Suppuration abondante après la chute des escharres, diminution sensible et graduelle des tumeurs, résolution complète au bout de vingt jours. — Bubon d'emblée trois semaines après un commerce illicite. Le traitement antiphlogistique, les sangsues échouent. Caustique sur le point culminant de la tumeur, qui cesse de faire des progrès. La résolution s'opère à vue d'œil, douze jours après la chute de l'escharre, le malade est à peu près guéri. Les autres observations sont tout à fait analogues. Il importe de dire que M. Chabrely ne considère la cautérisation que comme traitement local du bubon et qu'il prescrit en même temps un traitement général mercuriel. (*Bull. médical de Bordeaux*, décembre 1843.)

CHLORURE DE SODIUM (*Du*) *dans les maladies des yeux*. M. le docteur Tavignot publie des faits intéressants sur l'emploi du chlorure de sodium dans les ophthalmies et dans les ulcérations de la cornée. Pour certaines formes d'ophthalmies, il expose que cet agent vaut tout autant que les moyens généralement employés, nitrate d'argent, sulfate de cuivre, de zinc, etc. Mais pour les ulcérations de la cornée, affections si rebelles et dont le pronostic est dans quelques cas si grave, M. Tavignot annonce que le chlorure de sodium serait un véritable spécifique, et il rapporte des observations bien propres à faire partager cette opinion. Ce médecin emploie le chlorure de sodium à l'instar des autres astringents, 1° en crayon, 2° en pommade, 3° en collyre.

En crayon. Il prend tout simplement un cube aussi gros que possible de chlorure de sodium, lequel, une fois placé dans le porte-crayon, sert à cautériser la muqueuse, les pustules, les ulcérations. A la vérité, la forme du chlorure cristallisé se prête assez mal à cet usage, d'autant plus que son peu de cohésion s'oppose à ce qu'on puisse le tailler; cependant, avec un peu d'habitude, on finit par s'en servir d'une façon convenable. L'action du sel marin solide est loin d'être semblable à celle du nitrate d'argent ou du sulfate de cuivre. Aussi, tandis que ces substances produisent nécessairement sur les tissus qu'elles touchent une mortification plus ou moins profonde, le chlorure de sodium, au contraire, se borne à irriter, à enflammer ces mêmes tissus, mais sans jamais les détruire. La douleur produite par l'action du chlorure de sodium sur l'œil est assez vive, mais en général elle dure peu de temps; si on examine ensuite la surface touchée, c'est à peine si on reconnaît une légère exsudation blanchâtre.

En pommade. On prend 30 grammes d'axonge; on ajoute 4, 8 ou 16 grammes de sel pulvérisé, et on obtient ainsi une pommade dont l'action est variable. En général, il convient de commencer par la pommade la plus faible pour augmenter graduellement. M. Tavignot a mis en usage la pommade la plus forte des trois sans aucun accident, dans des cas de blépharites granuleuses et ciliaires en général très-rebelles.

En collyre. C'est la forme sous laquelle M. Tavignot emploie plus volontiers le chlorure de sodium. Sa formule est la suivante pour les cas légers :

N° 1. Eau commune, 125 grammes.
Sel marin, 15

On a ainsi un collyre dont l'action styptique est encore assez prononcée.

N° 2. Eau commune, 125 grammes.
Sel marin, 30

L'action de ce collyre est sensiblement plus énergique que celle du précédent ; les malades eux-mêmes en accusent facilement la différence par la sensation plus désagréable qu'ils en éprouvent.

N° 3. Eau commune, 125 grammes.
Sel marin, 40

Il n'y a pas moyen d'augmenter la dose de chlorure, l'eau, dans cette dernière proportion, étant complètement saturée. L'instillation du collyre marin n° 3 produit sur la muqueuse oculaire une sensation de cuisson ou de brûlure plus forte, au dire des malades, que celle qui résulte d'un collyre de 20 centigrammes de nitrate d'argent sur 30 grammes d'eau. Mais cette sensation dure infiniment moins de temps.

La facilité de ce moyen doit engager les praticiens à l'expérimenter. Il est probable qu'ils en obtiendront des avantages, surtout dans les maladies des yeux qui se lient à une cause scrofuleuse, fait qui avait été déjà indiqué par M. Amédée Latour et par M. Carrou-Duvillards. (*L'Expérience*, décembre 1843.)

DELIRIUM TREMENS (*Traitement du*) *par l'ammoniaque*. Voici un nouveau traitement de cette maladie contre laquelle naguère on préconisait le tartre stibié, comme on avait auparavant vanté l'opium. Pour M. Brachet, qui publie cette note, le *delirium tremens* consiste dans une modification spéciale de l'organe de l'intelligence, qui en pervertit tout à la fois et la sensibilité et les réactions fonctionnelles. Voici comment il a été mis sur la voie du traitement qu'il préconise. Il fut appelé, en 1829, auprès d'une dame qui, dans un moment de désespoir, avait avalé, la veille, une chopine d'eau-de-vie pour s'empoisonner. L'ivresse de la boisson alcoolique était finie, mais un véritable délire vigil l'avait remplacé. L'opium se présenta à sa pensée comme le remède conseillé, mais il recula devant son administration à haute dose, redoutant l'action de l'opium sur le cerveau déjà si fortement congestionné. Il eut l'idée de traiter cette conséquence de l'ivresse comme l'ivresse elle-même, et il administra l'ammoniaque liquide. Il en fit mettre 20 gouttes dans un julep tempérant, administré par cuillères d'heure en heure. Le breuvage n'était pas fini que la malade était rentrée dans son état naturel, à part le brisement qu'avait occasionné cette secousse. Depuis, M. Brachet a employé quatre fois l'ammoniaque dans des cas de *delirium tremens*, et la guérison a toujours eu lieu plus ou moins rapidement. De ces faits il conclut que l'ammoniaque liquide, donnée à la dose de 15 à 20 gouttes par jour, doit être regardée comme un très-bon, et peut-être comme le meilleur remède contre le *delirium tremens*. Cet alcali, dit-il, paraît agir d'autant plus sûrement et plus promptement, que le délire est en quelque sorte plus aigu, c'est-à-dire qu'il dépend d'un usage moins prolongé des boissons spiritueuses. (*Journ. de médec. de Lyon*, déc. 1843.)

ECLAMPSIE (*Ventouses de Junod appliquées avec succès au traitement de l'*). Si l'on considère que l'éclampsie est une maladie assez fréquente dans l'état puerpéral et que souvent l'art ne parvient pas à l'arrêter dans son développement, on lira avec intérêt le fait suivant qui se recommande surtout par le procédé thérapeutique mis en usage.

Arrivée au terme de sa grossesse, le 13 juin 1843, Madame L... mit au monde le 14, vers huit heures du matin, un enfant pour l'extraction duquel M. le docteur Cazeaux fut obligé de recourir à l'application du forceps. Dans les efforts d'expulsion, la malade répétait souvent qu'elle souffrait beaucoup de la tête. — Le placenta fut extrait dix minutes après la naissance de l'enfant. — Une demi-heure après la mère fut replacée dans son lit, ne se plaignant plus de tout ce qu'elle avait souffert.

M. Cazeaux quitta la malade une heure après sa délivrance; elle lui dit que le mal de tête avait beaucoup diminué. Le pouls battait au plus 80 pulsations. A une heure après minuit, Mme L... venait d'être prise de convulsions violentes. Un premier accès s'était manifesté à minuit, d'abord dans les muscles du visage, puis s'était étendu aux quatre membres. Ce premier accès avait duré une demi-minute, et avait été suivi de cinq à six minutes d'un sommeil profond. A une heure et demie, madame L... venait d'avoir un troisième accès, elle était encore dans le coma qui suit l'accès

éclamptique. Au bout de cinq minutes elle rouvrit les yeux, reconnut son médecin, mais ne put répondre à aucune de ses questions que par des mots inarticulés et inintelligibles. Une salive écumeuse couvrait encore les lèvres et le menton. La malade avait déjà mordu sa langue. Prescript.: saignée de 700 grammes, réfrigérants sur la tête. Après la saignée les facultés intellectuelles semblaient plus nettes. Prescript.: calomel 10 centigrames mêlés à égale quantité de sucre en poudre toutes les heures. Les trois premières doses doivent être données à demi-heure d'intervalle; application de sinapismes aux extrémités; 15 sangsues derrière chaque oreille si les accès se reproduisaient. Les accès sous l'influence de cette médication parurent céder, mais à trois heures ils reparurent avec plus d'intensité et se renouvelèrent dès lors toutes les 20 minutes à peu près. Les sangsues furent appliquées. Dès cinq heures la malade perdit complétement l'usage des facultés intellectuelles, et elle n'était tirée que par de nouvelles convulsions du coma profond dans lequel elle était plongée. A 7 heures, nouvelle saignée de 700 grammes; 60 grammes d'huile de ricin en lavement. A 11 heures les accidents persistaient encore avec plus de violence. Le pouls était fréquent, petit et filiforme; M. Cazeaux ne vit d'autre ressource que dans une révulsion violente, et il eût la pensée d'employer les ventouses Junod. La première séance commença à une heure, et dura jusqu'à deux heures et demie. Il y avait à peine une demi-heure que la jambe et la moitié inférieure de la cuisse gauche étaient soumises à l'action de la ventouse, que les accès convulsifs cessèrent complétement. La botte fut placée sur la jambe droite; pendant toute la durée de l'application, aucun mouvement nerveux ne se manifesta; mais la malade resta plongée dans un coma profond.

A deux heures et demie, la face était décolorée, le pouls tellement petit, qu'on crut devoir faire retirer la ventouse. De trois à six heures, plus d'accès convulsifs proprement dits, mais toutes les demi-heures à peu près, la malade s'agitait un peu, puis retombait dans une immobilité complète. En y regardant de très-près, on pouvait encore apercevoir quelques contractions fibrillaires des muscles de la face. A six heures et demie, seconde application des ventouses. Séance de deux heures. Plus d'agitation pendant toute la durée de cette seconde séance. Pendant toute la nuit, coma profond, mais plus d'accès, plus aucune agitation. On renouvelle le lavement purgatif, on panse les vésicatoires, on continue de placer sur la tête des compresses froides souvent renouvelées. Vers les six heures du matin (15 juin), la malade ouvre les yeux à plusieurs reprises, et semble reconnaître son mari. A huit heures, au moment de sa visite, M. Cazeaux la trouva endormie; mais il était facile de la réveiller en la secouant un peu. Elle ne put répondre à aucune question; mais elle semblait évidemment les comprendre. Elle reconnut très-distinctement son mari, puis ses yeux se fermèrent de nouveau.

Nouvelle application des ventouses. Séance de deux heures, qui n'est interrompue que parce que la faiblesse du pouls et la pâleur du visage font craindre la syncope. Pendant l'action des ventouses, la malade témoigne, par des plaintes et l'expression de la physionomie, de la douleur qu'elles lui causent.

A dix heures, la malade peut avaler quelques cuillerées de liquide. A onze heures, M. Cazeaux la trouve éveillée, reconnaissant très-bien toutes les personnes qui l'environnaient. Elle buvait avec facilité, mais ne pouvait répondre aux questions que par des sons mal articulés et inintelligibles. A dater de ce moment, l'amélioration fit des progrès rapides; et le soir, à sept heures, la malade avait facilement, parlait très-lentement, avec peine, mais assez bien pour se faire comprendre. Elle avait complétement perdu la mémoire de tout ce qui s'était passé; elle ne se rappelait même pas avoir vu son enfant, et avait complétement oublié les douleurs qui avaient accompagné sa naissance.

Le 16, la malade est très-bien toute la journée; mais à onze heures du soir, la respiration, qui, depuis la cessation des accès, avait été facile et régulière, devint tout à coup courte, fréquente, anxieuse (48 par minute). Le pouls, petit et misérable, donnait 120 pulsations et offrait une intermittence de plusieurs secondes toutes les cinq à six secondes. La pâleur du visage était excessive, les membres froids et recouverts d'une sueur visqueuse. On

crut que la malade allait expirer. Quelle pouvait être la cause de ces nouveaux phénomènes? M. Cazeaux examina avec soin, et il ne vit rien dans les poumons, les plèvres, le cœur, qui pût lui en rendre compte. Les battements de ce dernier organe n'étaient accompagnés d'aucun bruit anormal; ils étaient seulement plus forts, retentissaient dans tout le côté droit de la poitrine, et offraient la même intermittence que le pouls. Au moment où ils semblaient se suspendre, la malade disait ressentir comme un bond dans la poitrine. En l'absence de toute lésion appréciable, et vu surtout l'épuisement de la femme, notre confrère chercha à rappeler la vie, qui semblait près de s'éteindre : il fit appliquer immédiatement des sinapismes aux mains et aux pieds, il fit donner tous les quarts d'heure une cuillerée de vin de Malaga. Au bout d'une heure, la chaleur revint aux extrémités. On éloigna les doses de vin de Malaga; on n'en donna plus qu'une cuillerée coupée avec de l'eau toutes les demi-heures. Ces moyens furent continués toute la nuit.

Le lendemain, 17, mieux sensible. La malade respire plus librement; l'intermittence du pouls ne se fait plus sentir que quatre ou cinq fois par minute, et chaque fois accompagnée d'un bondissement dans la poitrine. Le pouls s'est relevé, ne bat plus que 108; la peau est chaude, 40 respirations. (Toutes les deux heures, deux cuillerées de bouillon, et dans l'intervalle, une cuillerée à café de vin de Malaga coupé avec de l'eau). Le soir, la respiration est tout à fait libre, bien qu'il y ait encore un peu d'intermittence dans le pouls.

Le 18, la malade est parfaitement bien; 80 pulsations; 36 à 38 respirations par minute. (Bouillon et vin de Bordeaux.) A dater de ce moment, aucun accident nouveau n'est venu entraver la convalescence, et aujourd'hui, la malade est complétement rétablie. — En terminant cette intéressante observation, M. Cazeaux fait remarquer que, dès l'apparition des premiers accès convulsifs, les lochies s'étaient supprimées, et qu'elles n'ont reparu que le troisième jour; qu'enfin, malgré toutes ses précautions pour faciliter la sécrétion laiteuse, il n'y a eu aucun gonflement des seins, aucune trace d'écoulement du lait. (*Annales de la chir. fran. et étran.*, octobre 1843.)

EMPOISONNEMENT PAR L'EAU DE JAVELLE (*De l'*) *et de l'emploi de la magnésie calcinée dans ces cas.* MM. Orfila et Devergie ont mis hors de doute les propriétés toxiques de l'eau de javelle. Les empoisonnements par cette substance sont rares, si l'on en juge par le peu d'observations contenues dans la science. Les praticiens liront avec intérêt deux cas de ce genre publiés par M. Barbet, pharmacien à Bordeaux et professeur à l'école secondaire de cette ville; ce chimiste fait connaître aussi les moyens qui ont triomphé des accidents plus ou moins graves qu'on a eus à combattre. — Dans le courant de l'été de 1838, M. le docteur Brulatour et M. Barbet furent appelés près d'une demoiselle qui venait de s'empoisonner par suite d'un chagrin d'amour. En entrant dans la chambre, ils furent frappés de l'odeur de chlore qui y était répandue. Cette personne, âgée d'environ vingt-cinq ans, d'une forte constitution, était étendue sur son lit, en proie à une agitation extrême. La figure était légèrement injectée, les yeux larmoyants, les mâchoires faiblement contractées. Sa bouche exhalait l'odeur du chlore; une salive écumeuse blanchâtre entourait ses lèvres. Elle manifestait un sentiment d'astriction dans le gosier et tout le trajet de l'œsophage, et accusait dans la région épigastrique des souffrances intolérables. En plaçant la main sur cette partie, on ressentait l'estomac violemment convulsé. Le pouls était plein et fréquent, la chaleur développée, mais également répartie, le front couvert de sueur. Les personnes de la maison présentèrent aux hommes de l'art une bouteille de la contenance de 750 grammes, portant l'étiquette d'Eau de javelle, et renfermant encore 30 à 40 grammes d'un liquide qu'ils reconnurent de suite pour du chlorure de potasse. Cette bouteille lui avait été remise pleine quelques heures auparavant. Elle avait bu tout ce qui manquait, ils en obtinrent l'aveu formel. La malade ayant refusé l'emploi de la sonde œsophagienne, M. Barbet proposa l'administration de la magnésie calcinée; 20 grammes en furent délayés dans 200 grammes d'eau sucrée, et l'on obtint de la malade qu'elle bût à plusieurs reprises environ la moitié du mélange. Un quart d'heure s'é-

tait à peine écoulé, qu'un abondant vomissement survint et expulsa environ 2 verrées d'un liquide d'une forte odeur de chlore, où nageait la magnésie en flocons coagulés. Deux nouvelles doses du mélange magnésien amenèrent de nouveaux vomissements et furent continuées jusqu'à ce que la matière vomie n'eût plus l'odeur du chlore. Alors la magnésie fut supprimée et remplacée par des boissons mucilagineuses. Enfin, les accidents se calmèrent, la douleur de l'estomac s'affaiblit, et 24 heures après, la malade put reprendre ses occupations habituelles. — Le deuxième cas est relatif à une jeune personne de vingt ans qui, vers la même époque, chercha pour la même cause à attenter à ses jours en buvant un verre d'eau de javelle. Averti dix minutes après l'ingestion du poison, M. Barbet n'hésita pas à conseiller la magnésie calcinée, dont elle prit 8 grammes délayés dans de l'eau sucrée. Les vomissements se déclarèrent bientôt, comme dans l'observation précédente, et tout se termina sans le moindre accident, vu le peu de temps que le poison avait séjourné dans l'estomac. (*Journ. de méd. de Bord.*, novembre 1843.)

HYPOSULFITE DE SOUDE (*Recherches sur l'action thérapeutique de l'*). Une grande question, relativement à l'action thérapeutique des eaux minérales sulfureuses, c'est de savoir si c'est uniquement ou principalement dans le principe minéralisateur qu'existe leur vertu, et si celle-ci est en raison directe de la quantité de principes sulfureux que ces eaux contiennent. Nous ne sommes pas suffisamment édifié sur ce point important de pratique pour le résoudre. Ce qu'il y a de certain, quoi qu'il en soit, c'est que les eaux minérales sulfureuses naturelles s'altèrent par le contact de l'air, de telle sorte qu'à la longue elles perdent leur hydrogène sulfuré, une plus ou moins grande proportion de leurs sulfures ou hydrosulfates alcalins, lesquels se changent en hyposulfites. Alors ces eaux n'ont plus l'odeur hépatique et la saveur désagréable qui les caractérisaient. La question est à présent de savoir si ces *hyposulfites* doivent compter parmi les principes minéralisateurs appelés sulfureux ou hépatiques; s'ils ont une propriété thérapeutique analogue; et si l'on peut avec raison employer l'hyposulfite de soude pour remplacer, comme on l'a fait, à l'intérieur comme à l'extérieur, les eaux sulfureuses? M. Dupasquier ne le pense pas; pour lui, les hyposulfites alcalins ne sauraient être assimilés aux principes sulfureux; ils sont, comme les *sulfates*, des combinaisons *très-stables* d'un oxacide avec une base, combinaisons sans odeur, sans saveur hépatique, et qui s'éloignent d'ailleurs de l'acide sulfhydrique et des sulfures, autant par leurs propriétés chimiques que par leurs caractères physiques. Si donc il y a lieu d'assimiler les hyposulfites à d'autres composés sulfureux, c'est certainement aux sulfates, dont ils se rapprochent le plus, et non à l'acide sulfhydrique et aux sulfures, qui sont d'ailleurs de violents poisons. Or, les sulfates alcalins n'agissent en aucune manière par le soufre qu'ils tiennent en combinaison, et comme principes sulfureux; ils ne sont, comme on sait, nullement vénéneux, et peuvent être administrés à haute dose (de 30 à 60 grammes) sans amener d'autre résultat qu'une douce purgation. M. Dupasquier a expérimenté l'action thérapeutique des hyposulfites, pour voir si l'importance qu'on attribue à ces sels, en les assimilant aux véritables principes sulfureux, est bien fondée. L'hyposulfite de soude étant celui de ces sels qu'on trouve le plus généralement dans les eaux minérales, c'est cet hyposulfite qu'il a soumis à l'expérimentation clinique. Après s'être assuré par quelques essais préalables, à petites doses, que ce sel, comme tout portait à le croire, n'était nullement vénéneux, il l'a administré à la place du sulfate de soude et aux mêmes doses que ce sel neutre, à trente malades de la salle des femmes, à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Il l'a donné en lavements à la dose de 30 gram. à 45 gram., chez dix-neuf sujets; à l'intérieur et dans une tasse de bouillon aux herbes, à la dose de 30 grammes, chez cinq malades; et enfin dans de l'eau gazeuse, à la dose de 30 gr., chez six autres malades. Dans tous ces cas, l'hyposulfite de soude a montré la même action et produit les mêmes résultats que le sulfate de soude, c'est-à-dire l'action purgative; voilà tout son effet. On a noté seulement quelques vomissements chez certains sujets auxquels il a été donné à l'inté-

rieur; encore ces vomissements tiennent-ils peut-être encore probablement au mauvais goût du remède. (*Recherches sur l'action thérapeutique de l'hyposulfite de soude*, par M. Alp. Dupasquier, broch. in-8°, Lyon, 1843.)

INTRODUCTION DE L'AIR DANS LES VEINES (*Nouvelle théorie du mécanisme de l'*). La mort produite instantanément par l'introduction de l'air dans les veines est un fait qui aujourd'hui paraît être à l'abri de toute contestation sérieuse, et sur l'authenticité duquel on est généralement d'accord. Quant au mécanisme de l'introduction de l'air et aux conditions nécessaires pour qu'il puisse s'effectuer, il s'en faut que la question sous ce rapport soit aussi bien élucidée: beaucoup de théories sont en présence, et chaque jour en voit éclore de nouvelles qui, il faut en convenir, n'ont pas encore suffisamment expliqué ce redoutable phénomène. La théorie de Ch. Bell, que nous allons exposer, sera-t-elle plus heureuse? nos lecteurs l'apprécieront. L'opinion qui a prévalu sur la manière dont l'air s'introduit dans les veines, dit l'auteur, est celle dans laquelle on suppose que l'oreillette droite du cœur, en se dilatant, agit comme une pompe aspirante, et attire ainsi dans son intérieur le sang contenu dans les veines; on admet en outre que lorsqu'une veine est ouverte à une certaine distance du cœur, de façon à ce que cette sorte de succion admise de la part de l'oreillette s'y fasse ressentir, l'air y pénètre, en obéissant à cette sollicitation particulière. Il me paraît très-probable que dans cette théorie, ajoute-t-il, les membres de l'Académie de médecine ont éliminé précisément les circonstances matérielles qui donnent naissance au phénomène. Ils ont isolé les veines du cou, et par là ont absolument supprimé l'action des muscles sur elles; or, c'est à cette action que Ch. Bell fait jouer le rôle principal; ce sont les muscles qui déterminent le mouvement d'expansion des veines par leur position au-dessus de ces vaisseaux. Les parois des veines du cou sont fort délicates; or, dit l'auteur, qu'on adapte à la canule d'une seringue, soit une veine, soit tout autre tube membraneux et souple, il sera impossible qu'en tirant à soi le piston, on fasse pénétrer du liquide dans l'instrument à travers le tube, parce que la force de succion, ou, pour mieux dire, la pression atmosphérique, l'aplatira tout d'abord. Cela étant rappelé, Ch. Bell admet, à tort suivant nous, que les veines du cou se trouvent précisément dans les mêmes conditions que les tubes membraneux qu'il a supposés adaptés à la canule d'une seringue, et que conséquemment il n'y a pas possibilité de comprendre les effets de la succion exercée par le cœur.

Aussi *s'est-il demandé pourquoi les veines du cou pouvaient se comporter comme des tubes rigides*, cette rigidité étant la condition indispensable pour que l'air puisse y pénétrer. Il a fait remarquer alors que le peaucier qui recouvre les parties latérales et antérieures du cou en s'appliquant sur la veine jugulaire externe et les vaisseaux qui concourent à la former; que le muscle masséter, la portion antérieure du trapèze et la clavicule formaient une sorte de lit ou plan sous lequel sont couchées les veines jugulaire interne et sous-clavière, et que le tout se mouvait continuellement pendant la respiration. Les muscles, à chaque inspiration, tendent à s'éloigner des veines, et en détruisant l'effet de la pression atmosphérique, leur permettent de se dilater. Quand la respiration est haute et forte, cette puissance des muscles pour attirer le sang dans les veines est à son summum; pendant l'expiration, le sang est, au contraire, vigoureusement poussé vers le cœur, et sa rétrogradation est rendue impossible; c'est aussi au temps de l'inspiration que l'air se précipite dans l'intérieur d'une veine qui vient d'être ouverte, et on conçoit qu'il y est attiré par la même cause qui y fait affluer le sang, c'est-à-dire la contraction des muscles et la dilatation des veines. Les conséquences pratiques que l'auteur a déduites de sa théorie sont : 1° quand on opère sur le cou, d'exercer une compression exacte sur les veines entre la plaie et la clavicule; 2° quand on opère au voisinage de l'aisselle, de tenir le bras du malade de façon à prévenir les mouvements soudains d'élévation dans la clavicule correspondante. (*Gaz. méd. de Montpellier*, trad. de l'anglais de Ch. Bell, novembre 1843.)

OPÉRATION CÉSARIENNE VAGINALE. En reproduisant l'observation suivante pour laquelle nous

croyons que toutes les exigences de l'art ont été bien remplies, nous nous proposons, non-seulement de soumettre à nos lecteurs un fait intéressant, mais encore de venir en aide à un de nos confrères, le docteur Poulain, contre lequel nous ne comprenons pas comment une enquête a pu être établie à propos de ce fait.

Le 20 avril 1840 je fus appelé, dit M. Poulain, à donner mes soins à Mme Guenard, du Vionnat (Thimest); c'est une femme d'environ 34 à 35 ans, bien constituée, habituée aux travaux de la campagne, accouchée très-heureusement cinq fois, enceinte une sixième fois et touchant au terme de la gestation (huit mois et demi); malade depuis quatre jours, avec fièvre intense depuis le début, et délire rémittent. Son médecin habituel, appelé dès le premier jour, a jugé convenable de prescrire une saignée qui n'a été faite que le troisième jour par la sage - femme, celle-ci n'ayant pas osé la pratiquer plus tôt, craignant, disait-elle, la violence de la fièvre; les tranchées, qui s'étaient déjà fait sentir auparavant, devinrent beaucoup plus fortes, plus intenses et plus rapprochées; dix à douze minutes à peine les séparaient; le col utérin résistant aux contractions de la matrice, et la patiente étant tombée dans un état très-inquiétant, on fit de nouveau prévenir le médecin qui lui avait donné ses soins; mais celui-ci ne pouvant s'y rendre, on me pria d'y suppléer.

Etat actuel. Les traits de la face sont grippés, la vision et l'audition sont éteintes depuis deux heures au moins, les paupières écartées; la cornée perd sa transparence, sa surface est desséchée, ridée; la déglutition ne se fait plus; râle des mourants; pouls fréquent, à peine sensible ; pourtant, et malgré cet état d'anéantissement à peu près complet, cette pauvre femme semble souffrir; de temps en temps elle remue les cuisses et le bassin; les traits de la face se grippent davantage, et l'on sent évidemment, la main appliquée à l'ombilic, les contractions utérines. Mon attention se porta promptement vers les parties génitales, que je trouvai bien conformées; les eaux sont écoulées, le col présente une ouverture de huit à dix centimètres de circonférence.

La tête de l'enfant touche le col, mais n'a pas franchi le détroit supérieur; il me fut très-facile de m'assurer qu'il était vivant, par l'auscultation et par ses propres mouvements.

Dans une position aussi perplexe, devais-je terminer l'accouchement avant la mort de cette malheureuse femme, ou bien devais-je attendre qu'elle eût expiré? Suivant moi, il n'y avait pas à hésiter, et je devais terminer le travail le plus tôt possible; toutefois, j'avais peu, ou mieux je n'avais pas d'espoir pour la mère, qui ne me paraissait pas devoir vivre, dans l'état où elle était, plus d'une heure ou deux, quoique des observateurs aient été assez heureux pour rappeler à la vie, en terminant l'accouchement, des femmes qui paraissaient mortes pendant le travail depuis un certain laps de temps. Je rapporterai plus loin un fait de ce genre pris parmi tant d'autres également fort curieux.

Quel mode opératoire devais-je mettre en usage? L'opération césarienne abdominale? ou bien la section césarienne vaginale, et par elle la version? J'adoptai ce second mode, pour les raisons péremptoires suivantes :

1° Je devais opérer, et pour le faire avec le plus de chance possible, je le devais immédiatement;

2° Cette femme est bien conformée, et est accouchée déjà plusieurs fois heureusement;

3° Le col utérin est dilaté d'environ huit à dix centimètres en circonférence;

4° L'opération césarienne vaginale est facile à pratiquer, et par elle la version;

5° Enfin je renonçai à la section césarienne abdominale, vu que j'aurais été obligé d'attendre la mort de la mère, puisque, d'après les auteurs, on ne peut la pratiquer sur les femmes vivantes que si la version, le forceps ou la section pubienne ont été jugés inutiles ou vainement tentés.

Mon parti ainsi arrêté, je procédai à l'opération de la manière suivante, en présence de plusieurs personnes, entre autres Mme Hautière, sage-femme éclairée autant que modeste. La malade étant, au préalable, placée convenablement pour la version, la main droite armée d'un bistouri courbe boutonné ordinaire, dont la lame était recouverte d'un linge depuis la base jusqu'à la réunion des deux tiers de sa longueur avec son

extrémité libre, le doigt indicateur gauche introduit dans le vagin dirigea l'extrémité de l'instrument dans l'ouverture du col utérin. Quatre incisions de deux centimètres environ furent faites antérieurement et postérieurement et sur les côtés. Ce premier temps de l'opération étant achevé, je déposai l'instrument; j'introduisis la main droite, et après dix à douze minutes d'efforts, je parvins à prendre un pied; une traction légère et graduée l'amena bientôt au dehors; avec lui j'eus facilement son congénère; mais quoique le col ne m'eût pas gêné pour la version, je fus néanmoins obligé de faire des tractions assez fortes; l'enfant resta au passage environ dix minutes ou un quart d'heure, puis à sa sortie, il fit quelques efforts expiratoires; mais malgré les soins dont il fut entouré et que lui prodigua la sage-femme, on ne put le rappeler à la vie; toutefois il put être ondoyé.

La malheureuse patiente n'a exprimé qu'un peu de souffrance; la perte de sang avant la terminaison de l'accouchement a été insignifiante, et, après la délivrance qui s'est faite avec la plus grande facilité, l'utérus étant parfaitement revenu sur lui-même, le sang ne s'est pas écoulé plus abondamment que dans les accouchements les plus ordinaires.

L'opérée a survécu cinq à six heures à la terminaison du travail. La prostration, l'état de torpeur, d'engourdissement qui sembla d'abord diminuer, revint bientôt aussi prononcé qu'il l'était avant la manœuvre, et la malade finit par s'éteindre, sans paraître souffrir davantage.

— Pour n'envisager cette observation qu'au point de vue chirurgical, nous dirons que tous les auteurs conseillent l'opération qui a été faite par **M. Poulain**, à l'exclusion de la section césarienne abdominale, toutes les fois qu'elle peut être pratiquée; on en trouvera la preuve dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*, page 166, où l'opinion de Dugès se trouve longuement exposée; puis dans l'ouvrage de M. Velpeau, tome II, p 452, où il est dit: « Quand on est appelé auprès d'une femme qui vient de mourir, il faut d'abord s'assurer de l'état du bas-ventre, et tâcher d'extraire l'enfant par les voies naturelles, toutes les fois qu'elles sont assez spacieuses pour lui donner passage; ensuite, si l'hystérotomie est indispensable, on la pratique d'après les mêmes règles et avec les mêmes soins que si on agissait sur une femme vivante. En se conduisant de cette manière, quelque chose qui arrive on ne peut rien avoir à se reprocher, et on ne s'expose au blâme de personne. » (*Journ. des Connais. méd.-chir.*, octobre 1843.)

OPHTHALMIE AIGUE (*De l'excision de la conjonctive et du débridement de l'œil par la sclérotique dans l'*). Dans un travail publié par la *Gazette médicale*, **M.** le docteur Reybard, de Lyon, examine une double question de thérapeutique chirurgicale, relative, l'une à l'excision de la conjonctive dans l'ophthalmie aiguë, et l'autre au débridement de l'œil par la sclérotique dans l'ophthalmie aiguë avec ou sans suppuration. L'ophthalmie externe compte plusieurs degrés; dans le premier, le blanc de l'œil est simplement nuancé de rose; dans le second, la rougeur de la conjonctive est complète; dans le troisième, à la rougeur générale de l'œil se joint le gonflement excessif de la muqueuse. Souvent dans le second degré et presque toujours dans le troisième, l'inflammation ne se borne pas à la conjonctive; elle envahit de plus quelqu'une des autres membranes de l'œil, et, dans certains cas, tout l'intérieur de cet organe. On conçoit que la maladie prend alors un caractère on ne peut plus grave; aussi l'expérience a-t-elle démontré qu'après la résolution complète de la phlogose de la conjonctive, la vue est considérablement affaiblie, quoique d'ailleurs les membranes internes de l'œil n'offrent alors aucune trace de lésion apparente. « J'ai vu souvent, dit **M. Reybard**, l'ophthalmie aiguë produire des effets analogues, et j'offre moi-même un exemple de cet accident: car un de mes yeux, atteint d'inflammation à la suite d'une brûlure par la poudre à canon, a perdu près de la moitié de sa force visuelle. » Ce résultat physiologique s'explique facilement par la transmission de l'inflammation des parties extérieures de l'œil aux tissus plus profondément situés, et le moyen de prévenir cette transmission une fois trouvé, l'effet que nous signalons sera facilement prévenu. Or, tous les anatomistes savent que la conjonctive est unie à la cornée et à la sclérotique par un tissu cellulaire serré, dans lequel on trouve un grand

nombre de vaisseaux que M. Reybard appelle sclérotidiens, pour les distinguer de ceux de la conjonctive; ce sont ces vaisseaux qui constituent le moyen de transmission de la phlogose extérieure aux membranes internes de l'œil; aussi est-ce leur destruction que l'on doit surtout avoir en vue dans le traitement de cette grave affection oculaire. En général on traite à peu près de la même manière l'ophthalmie aiguë, quel que soit son degré; c'est-à-dire qu'on lui oppose les saignées générales et locales, les dérivatifs, les révulsifs et quelques collyres, et on réserve pour les cas extrêmes de chémosis l'excision de la conjonctive; encore ne l'a-t-on pratiquée jusqu'ici que dans le but de combattre la phlogose de cette membrane et nullement de prévenir l'inflammation des membranes internes de l'œil; or, en faisant seulement la résection de la conjonctive dans les cas de chémosis, on la fait trop tard, suivant M. Reybard; car alors l'inflammation passée à l'intérieur de l'œil laisse généralement peu d'espoir de conserver la vue. Il ajoute que l'excision, telle qu'on la pratique, est très-imparfaite : elle ne comprend que la conjonctive seule et souvent même sa partie la plus superficielle. Comment alors pourrait-elle prévenir ou guérir la phlogose des membranes internes de l'œil? pour obtenir ce résultat, il faut, après avoir excisé la conjonctive, couper nécessairement de la même manière le tissu cellulo-vasculaire sous-jacent, ainsi que les nombreuses artérioles qui sont plus rapprochées de la sclérotique. L'excision de ces vaisseaux ne fait pas seulement cesser l'inflammation des diverses parties où ils vont se distribuer par le sang qui s'en écoule instantanément, elle les détruit encore en les privant d'une manière plus ou moins absolue de leur élément phlogistique. Elle se pratique de la même manière que celle de la conjonctive; toutefois, ce n'est que lorsqu'on a enlevé une certaine étendue de cette dernière, et lorsqu'on a mis à découvert ces vaisseaux, qu'on peut la saisir, la soulever avec des pinces, et enfin la couper avec des ciseaux courbes sur le plat. Quant à l'indication qui dans l'ophthalmie aiguë prescrira de recourir à cette excision, voici comment s'exprime l'auteur : « On pourra pratiquer hardiment cette opération toutes les fois que les douleurs ressenties et la grande aversion du malade pour la lumière la plus faible persisteront après une ou deux saignées, lors même que la conjonctive serait d'ailleurs peu engorgée. Elle devient indispensable dans l'ophthalmie du troisième degré; dans les cas de chémosis, quelque modérés que soient la douleur et les autres symptômes inflammatoires, parce que, persistant à ce degré, cette inflammation peut déterminer la phlogose de la cornée et des membranes internes de l'œil. La rescision des vaisseaux sclérotidiens doit se faire comme celle de la conjonctive, dans un ou plusieurs points de la circonférence de la cornée, ou dans toute l'étendue de cette circonférence. Quand on la pratiquera partiellement, on la commencera toujours par le côté de l'œil et par la portion de la conjonctive qui envoie de plus gros vaisseaux à la cornée. On pourra la faire à une ou deux lignes de cette membrane. » En proposant cette opération comme un des meilleurs moyens de guérison qu'on ait encore opposés à la maladie dont il est question, M. Reybard dit qu'il s'appuie sur les nombreuses cures d'ophthalmies graves qu'il a ainsi obtenues.

Dans la seconde partie de son travail, après avoir passé en revue les différentes causes qui président au développement de l'ophthalmie interne et déterminent les graves accidents qui accompagnent cette inflammation, notamment l'excessive douleur, M. Reybard, convaincu que l'on doit l'attribuer à l'extrême distension que l'œil éprouve par le gonflement de ses membranes et par la sécrétion anormale d'une plus grande quantité de liquides, propose comme moyen thérapeutique le débridement. Quoique très-rationnelle, cette opération n'en a pas moins été abandonnée à cause des accidents qu'elle détermine lorsqu'elle est pratiquée par la cornée; la plaie de cette membrane ne pouvant se réunir, se transforme en une ouverture fistuleuse par laquelle s'écoulent les humeurs de l'œil. Sur neuf opérations faites par l'auteur, deux fois seulement les malades ont guéri; chaque fois la ponction avait été faite par la cornée. Ces insuccès le conduisirent à tenter une autre voie, celle de la sclérotique; cette membrane, dont les usages sont moins importants, peut être divisée dans l'étendue de deux à trois lignes, sans crainte de provoquer l'écoule-

ment de la totalité de l'humeur vitrée et d'amener par conséquent l'atrophie de l'œil, ainsi qu'il s'en était assuré sur des animaux. Se fondant sur les diverses guérisons qu'il a obtenues, l'auteur recommande cette opération dans toutes les maladies, qu'elles soient ou non compliquées de suppuration. Il y aura plus de chances de succès lorsqu'elle sera pratiquée de bonne heure, c'est-à-dire avant que la vue soit abolie et que la cornée soit opaque. On doit donner à l'incision une direction longitudinale, parce qu'on est moins exposé à blesser l'artère ciliaire qui se bifurque peu avant de se distribuer au grand cercle de l'iris. On peut aussi lui donner deux à trois lignes d'étendue et la pratiquer indistinctement sur tous les côtés de l'œil, à deux lignes environ du bord de la cornée. Les paupières étant écartées, on traverse la sclérotique à peu près au point où l'aiguille à cataracte est enfoncée dans l'opération de l'abaissement : on se sert d'un kératotôme à lame un peu large ; on le fait pénétrer profondément derrière l'iris, jusqu'au niveau de la pupille; et on obtient ainsi une ouverture de grandeur suffisante pour laisser s'écouler un peu de sérosité ou de pus, suivant la nature du liquide intra-oculaire. Dans six cas l'opération calma les douleurs dues à l'étranglement, et le malade, privé de sommeil depuis plusieurs nuits, s'endormit quelques heures après; dans ces six cas le débridement fut opéré avec un plein succès. La lecture des observations relatées par l'auteur nous apprend que souvent, le lendemain de l'opération, on trouve entre les bords de l'ouverture de la sclérotique une petite tumeur vésiculaire transparente, formée par une cellule de la membrane hyaloïde; il suffit de la crever avec un stylet pour en voir s'écouler deux ou trois gouttes de sérosité. Il est bien entendu que le débridement oculaire n'exclut pas l'emploi rationnel des autres moyens antiphlogistiques, qu'à lui seul il ne saurait avantageusement remplacer. (*Gaz. méd. de Par.*, octobre 1843.)

PERFORATION *spontanée ou idiopathique du canal intestinal, sous le point de vue médico-légal.* M. le docteur Landsberg, de Muensterberg qui, suivant nous, range à tort, parmi les perforations spontanées du canal intestinal, celles qui viennent parfois hâter la terminaison fatale des fièvres typhoïdes, admet comme causes prédisposantes de cette redoutable affection, la pauvreté, l'habitation dans des lieux bas et humides, une mauvaise alimentation, les diverses maladies chroniques qui ont pour siége l'estomac et les intestins. Il décrit ainsi la séméiotique de cette affection : les sujets, avant d'en être atteints, souffrent pendant longtemps de spasmes de l'estomac et des intestins, de coliques chroniques, du dérangement des fonctions des organes abdominaux, etc. S'il survient alors une irritation locale ou générale, une forte secousse par suite d'une vive impression morale, un refroidissement subit, un excès de table ou l'ingestion d'aliments mal choisis, une grande fatigue physique, on voit souvent dans ces cas la maladie débuter subitement. Les symptômes que l'on observe sont à peu près les suivants : le malade ressent tout à coup une douleur extrêmement forte dans un endroit quelconque du bas-ventre, la plupart du temps dans la région inguinale droite, qui le force à crier. Bientôt ensuite, ou tout au plus au bout de quelques heures, un ou plusieurs vomissements ont lieu, mais qui ne se répètent plus à une époque avancée du mal. La forte douleur diminue aussi, et elle est remplacée par une sensation douloureuse plus supportable, mais continue, qui augmente avec le temps, et devient brûlante, pongitive, tensive. Le ventre se ballonne de plus en plus, présente un son tympanique, et finit par ne pouvoir supporter l'attouchement le plus léger. Ordinairement, le malade ne peut rester couché horizontalement; il est contraint de se tenir sur son séant. Viennent ensuite des éructations, des nausées sans vomissement, surtout après l'ingestion des boissons; il existe un état d'inquiétude et d'anxiété excessives; la respiration est fortement troublée; le facies, hippocratique, offre un aspect particulier et tout à fait caractéristique des souffrances endurées; l'œil est vitré, la peau du visage est jaunâtre et terreuse, la tête et la poitrine couvertes d'une sueur froide, tandis que la partie inférieure du corps est sèche et parcheminée; l'abdomen est d'une chaleur mordicante; la face, la poitrine, les bras et les cuisses d'une chaleur normale; le nez et le front froids et humides en même temps; les mains et les pieds

d'un froid glacial, sont toujours placés hors du lit; la voix est faible et cassée; le sujet accuse une chaleur brûlante à l'intérieur, est tourmenté par une soif inextinguible qui le force à boire souvent; mais il ne tarde pas à se dégoûter de toute espèce de boisson. La langue, tantôt sèche, tantôt humide, est couverte d'un enduit blanchâtre; le pouls petit, fréquent, un peu dur; constipation et ténesme; urine parfois trouble, et lactescente vers la fin, quelquefois dysurie; sang séreux et sans apparence de couenne inflammatoire; facultés intellectuelles se conservant intactes jusqu'au moment où la prostration des forces arrive à un plus haut degré, moment où le pouls devient petit, fugace et lent, ou au contraire d'une fréquence désordonnée.

L'auteur, qui a observé cinq cas de cet accident, croit qu'il est plus fréquent chez les hommes que chez les femmes; que la perforation s'opère généralement dans le cœcum ou dans son voisinage; que la guérison, due à l'art, paraît impossible; qu'elle peut avoir lieu par l'action des forces vitales, et qu'enfin, sous le rapport médico-légal, l'investigation de l'état antérieur du sujet est d'une haute importance, parce que la perforation traumatique peut avoir lieu sans laisser de traces extérieures (*Rut's Magasin* et *Gaz. des hôp.*, octobre 1843.)

PHTHISIE PULMONAIRE (*Antagonisme des fièvres intermittentes et de la*). M. le docteur Boudin, qui a exercé pendant longtemps la médecine en Algérie avec la plus grande distinction, a jeté dans le monde médical une question de la plus haute importance. Il s'agit de savoir si les effluves marécageux qui amènent les fièvres intermittentes et la cachexie, modifient la constitution en sens inverse de la disposition vitale qui est nécessaire au développement de la phthisie pulmonaire tuberculeuse; en d'autres termes, si dans un pays bas, humide, marécageux, où règne une atmosphère brumeuse, miasmatique, où les fièvres intermittentes de tous les types frappent les trois quarts de la population une partie de l'année, si dans ce pays les individus sont à l'abri de l'affection tuberculeuse. C'est là une question tout empirique que les faits bien et longtemps observés peuvent seuls résoudre. M. Boudin, appuyé sur les observations qu'il a faites en Algérie, n'hésite pas dès à présent à la résoudre par l'affirmative. Il croit qu'il y a antagonisme entre les fièvres intermittentes et la phthisie pulmonaire dans le sens de leur évolution pathogénique. Cette opinion, comme on pouvait s'y attendre, a d'abord excité une grande surprise dans le monde médical, et puis, comme cela arrive toujours, elle a trouvé des antagonistes et des défenseurs. Nous croyons, pour notre compte, qu'on s'est trop hâté de part et d'autre, et nous estimons qu'il est actuellement impossible de prendre parti, soit pour, soit contre l'opinion de M. Boudin. Attentionnés par l'idée vraiment neuve et originale que ce médecin a jetée dans le monde médical, les observateurs recueilleront des faits et des documents qui manquent encore pour la solution du problème. Déjà un certain nombre de ces documents pour et contre se produisent; c'est pour nous un devoir de les faire connaître: mais là, pour le moment, nous le croyons, doit se borner notre intervention.

Voici un premier document pour, communiqué par M. le docteur Nepple, dont nous exposerons les faits principaux. Cet honorable praticien, après avoir exercé la médecine pendant dix ans dans le canton de Montluel (Ain), composé de localités marécageuses et d'autres très-salubres, resta frappé du petit nombre de phthisiques, de scrofuleux, et même de goîtreux, que donnaient les premières. Ce nombre paraissait décroître en proportion de la multiplicité et de l'étendue des éléments d'impaludation, de telle sorte qu'il était fort difficile de découvrir des traces de tuberculisation dans les fermes et hameaux situés dans les parties les plus impaludées. Ayant fait part de ces observations à l'un de ses confrères, le docteur Dutèche, médecin d'un canton beaucoup plus généralement marécageux que le sien, il lui répondit que jusque-là son attention ne s'était pas portée sur un fait de ce genre, mais que sa lettre avait été pour lui un trait de lumière, en lui rappelant qu'en effet il n'avait jamais observé ni phthisiques, ni scrofuleux, dans les communes de Marlieux, Versailleux, Lachapelle, Saint-Nizier-le-Désert, toutes situées dans la partie du pays de Dombes où les étangs sont le plus

nombreux et où la population est la plus chétive. Plus récemment, le docteur Pacoud, de Bourg (Ain), médecin d'un grand mérite, lui écrivait : « Depuis plus de quarante-cinq ans de pratique, je n'ai pu recueillir aucun fait en opposition avec les observations que vous avez faites vous-même aux environs de Montluel... J'ai vainement consulté mes souvenirs, et dans quelques notes sur les diverses maladies que j'ai été dans le cas d'observer dans ces contrées marécageuses, je n'ai trouvé aucune trace de tuberculisation. L'hôpital de Bourg, qui reçoit beaucoup de malades de ces mêmes contrées, ne nous en a pas offert un seul exemple. » Plusieurs autres médecins exerçant dans ces localités ont fait les mêmes observations. A Châtillon-les-Dombes, sur 400 morts, on n'a trouvé que 8 phthisiques. M. Candy s'est assuré que depuis quelque temps cette affection était devenue plus fréquente dans la plaine marécageuse du Forez, depuis que le nombre d'étangs et de marais était moindre. (*Bulletin de l'Acad. de méd.*, novembre 1843.)

— Ecoutons maintenant un document opposé. Il est dû à M. le docteur Genest, qui, ne s'en rapportant pas à ses observations personnelles, a compulsé deux recueils publiés par le gouvernement anglais sur l'état sanitaire des armées et de la marine royale de la Grande-Bretagne, observé pendant plusieurs années dans les diverses possessions de ce vaste empire. Nous pouvons résumer dans le tableau suivant les faits principaux consignés dans ce travail, et qui indique la proportion sur 1,000 des cas, soit de fièvres intermittentes, soit de phthisie pulmonaire.

	Fièv. interm.	Phthis. pulm.
Royaume-Uni ...	2	6,5
Gibraltar........	8	5,6
Malte	7,5	6
Iles Ioniennes...	132	5
Canada	7,8	6,5
Nouvelle-Ecosse.	0,8	7
Bermudes.......	2,5	8,8
Antilles.........	250	9,5
Troupes noires	16	9,6
Jamaïque	85	13
Troupes noires	21	10,3
Iles Babarna	103	4
Troupes noires	17	9
Honduras	212	0
Troupes noires	90	9,5
Sierra-Leone....	7	0
Sainte-Hélène ...	6	4
Ile Maurice	4	7,5

Il résulte de ce tableau, réduit à ses éléments les plus simples, qu'on ne peut découvrir aucune preuve d'antagonisme ou de rapport, les chiffres tantôt s'élevant, tantôt s'abaissant d'une manière presque parallèle, et celui de la phthisie conservant, à quelques exceptions près, son imperturbable niveau, malgré les grandes inégalités de celui fourni par les fièvres intermittentes. (*Gaz. méd. de Paris*, novembre 1843.)

POLYPE DE L'URÈTRE *chez la femme* (*Traitement par excision et par cautérisation d'un*). Les polypes ou végétations charnues de la membrane muqueuse de l'urètre chez la femme constituent une lésion anatomique qui s'observe rarement; il est donc important de recueillir tous les faits qui en démontrent l'existence, c'est le moyen d'éclairer la thérapeutique d'une affection qui, lorsqu'elle est méconnue, peut avoir de sérieux inconvénients. Sachons donc gré à M. le docteur Espezel d'avoir publié l'observation suivante. — Une jeune femme de 22 ans, incommodée d'un besoin fréquent d'uriner, et de douleurs très-vives dans l'émission des urines, qui contenaient un peu de sang, portait, à un pouce de profondeur dans le canal de l'urètre, un corps mollasse, spongieux, que M. Espezel reconnut avec la sonde; celle-ci se trouvant arrêtée dans le point indiqué, après quelques tentatives nouvelles, la sonde se fit place et parvint dans la vessie. Il s'écoula plus d'une once de sang très-vermeil. Convaincu que l'ablation du corps spongieux ferait immédiatement cesser les accidents, M. Espezel pratiqua l'opération suivante : il introduisit dans le canal un petit spéculum assez semblable à celui de l'oreille, et put ainsi s'assurer qu'il avait affaire à un véritable polype, fongueux, non pédiculé, occupant la paroi supérieure de l'urètre, très-près du col de la vessie. Des ciseaux extrêmement pointus et longs, rasant la paroi sur laquelle il était implanté, l'extirpèrent en totalité.

L'hémorrhagie fut abondante; des injections d'eau froide la firent peu à peu cesser, et il fut possible à l'opérateur de porter sur la surface de la plaie un crayon de nitrate d'argent, fixé à angle droit au bout d'une longue tige. Cinq cautérisations, à divers jours d'intervalle,

rendirent au canal son intégrité et son calibre. Bien plus, le canal, par suite de l'introduction réitérée des sondes et du spéculum, avait augmenté de calibre, en sorte que les urines coulèrent avec facilité et sans douleur. — Cette observation me rappelle un fait à peu près semblable que j'eus occasion d'observer il y a quelques années : j'assistai en 1837 M. Lisfranc dans une opération analogue qu'il pratiqua sur l'épouse de l'honorable secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine. Cette dame portait également un polype du volume d'une petite noisette situé à 2 centimètres environ du méat urinaire, qu'il suffit de dilater avec des pinces à branches plates pour constater l'existence du corps anormal, et le rendre saisissable à l'aide de pinces à érignes. L'excision de ce polype fut faite avec des ciseaux dont chaque lame se terminait par une olive allongée; ainsi on risque moins de blesser la membrane muqueuse, et cette forme de l'instrument doit être adoptée de préférence à celle des ciseaux dont fit usage M. Espezel; après l'excision, qui fut suivie de l'écoulement d'une très-petite quantité de sang, Mme P... se trouvait fort bien, et M. Lisfranc et moi nous la quittâmes. Une heure après, on vint me chercher en toute hâte, me disant que notre opérée se mourait. A mon arrivée, je la trouvai pâle, immobile, le pouls faible, et singulièrement affaiblie; je me hâtai de découvrir la malade, dans la pensée qu'une hémorrhagie était seule capable de produire des accidents de cette nature. Je ne remarquai aucune trace de sang dans le lit. L'hémorrhagie avait cependant eu lieu, mais à l'intérieur de l'urètre; le sang, versé à la surface de ce conduit, avait reflué dans la vessie, qui était considérablement développée. La malade accusait des envies fréquentes d'uriner. Après avoir débarrassé la vessie de la plus grande partie du sang qui y était contenu, j'appliquai derrière et sous l'arcade du pubis deux doigts de la main droite courbés en crochet, et j'établis ainsi pendant plus d'une heure un point de compression qui arrêta définitivement l'hémorrhagie. — Pour résumer ce que ces deux observations ont de commun, je rappellerai que chez les deux personnes qui les ont présentées, le polype a révélé sa présence par les mêmes symptômes, c'est-à-dire par de fréquents besoins d'uriner, par des douleurs en urinant, et par la présence du sang dans les urines; ce sont là, comme on le voit, tous les signes qui s'observent dans les rétrécissements proprement dits de l'urètre, il n'est donc pas surprenant que ceux-ci aient souvent été regardés comme la cause essentielle de phénomènes qui se rattachaient à l'existence de véritables polypes ainsi méconnus. Quant à l'hémorrhagie qui eut lieu dans le second cas, peut-être l'eût-on évitée si, comme l'a fait M. Espezel, on eût cautérisé le pédicule du polype après sa section; et je suis d'avis que l'on doit poser en principe général cette cautérisation, toutes les fois qu'on aura affaire à un polype charnu, comme était celui de notre malade.

Pour compléter ces quelques données sur les polypes urétraux, nous rappellerons en terminant une observation fort intéressante, communiquée à l'Académie de chirurgie par Sernin, chirurgien de l'hôpital de Narbonne; le fait qu'elle relate a plus d'un point de ressemblance avec les polypes, bien qu'il ait été donné par l'auteur comme un exemple de renversement de la muqueuse de l'urètre. Une jeune fille de 11 ans était sujette, depuis sa cinquième année à de fréquentes difficultés d'uriner. Le chirurgien ayant examiné la vulve, y trouva un corps cylindrique rouge, charnu en apparence, percé à son extrémité, et saillant de 4 pouces hors des grandes lèvres. Ce corps naissait immédiatement du méat urinaire et paraissait être un prolongement de la membrane interne de l'urètre. Pour mieux s'en assurer, Sernin engagea la malade à uriner. A l'instant cette tumeur se gonfla comme si on l'eût soufflée; l'urine sortit en même temps par un petit jet qui continua quelques secondes après que le besoin eut cessé. On excisa cette portion flottante de membrane muqueuse; la guérison fut prompte et facile. (*Journ. des Conn. méd.-chir.*, novembre 1843.)

TÉTANOS (*Applications de cautères suivies de*). Les faits contenus dans ce travail, publié par M. le docteur Roussilhe, seraient bien propres, quoi qu'en dise l'auteur, à affaiblir la juste confiance qu'on doit

avoir dans les cautères, si ces faits disaient tout ce qu'il croit qu'ils disent. Mais, hâtons-nous de le dire, l'auteur nous semble s'être fait illusion sur la cause déterminante des terribles accidents qu'il rapporte. Qu'on en juge. Un enfant de neuf ans, atteint du mal vertébral de Pott, éprouvait des douleurs constantes dans la région dorsale, s'irradiant dans les cuisses. Après quatre applications de sangsues, on pose deux cautères sur les côtés de la gibbosité. Tous les symptômes paraissaient s'améliorer, lorsque, vers le quinzième jour, le malade se plaignit de difficultés d'avaler; le lendemain il y eut trismus, le troisième jour le tétanos était confirmé, et le malade mourut. — Remarquons que le tétanos n'est apparu que quinze jours après l'application des cautères, et que ce grave accident peut s'expliquer plus naturellement par la maladie dont le sujet était atteint. — On applique deux cautères, sous la clavicule droite, à une jeune fille de seize ans, phthisique. Onze jours après, le tétanos se déclare et détermine la mort le quatrième jour de son invasion. Un homme de 50 ans éprouvait depuis trois mois une douleur de tête très-violente, accompagnée de vertiges, avec diminution de sensibilité aux extrémités inférieures, et faiblesse de la vessie. On appliqua deux cautères à la nuque. Quinze jours après, le malade put parcourir 12 kilomètres à pied. Pendant ce trajet, il essuya une averse. Le même soir, trismus, puis tétanos au plus haut degré, auquel il succomba. — Ici, la marche forcée et l'averse ne peuvent-elles pas être considérées comme la cause de l'accident? — Un jeune homme de seize ans, atteint d'ophthalmie scrofuleuse, portait depuis dix-huit jours deux cautères à la nuque. Après une promenade avec quelques amis, il éprouva une douleur très-forte à l'épaule droite; trois jours après, du trismus, et puis enfin les signes non équivoques du tétanos, qui céda aux bains prolongés, au musc et à l'opium. M. Roussilhe a eu, dit-il, occasion d'observer 20 cas de tétanos. Cette proportion est considérable; et il est peu de praticiens qui en puissent dire autant. — Avec le rédacteur du journal d'où cette note est extraite, il est possible d'attribuer cette fréquence aux influences atmosphériques de la localité habitée par M. Roussilhe, Castelnaudary, ville située sur un plateau élevé, et où règnent des vents violents et presque continus. Les praticiens savent que lorsque le tétanos vient compliquer les plaies, c'est presque toujours à l'influence de refroidissements subits qu'il est dû. (*Journ. de méd. de Bord.*, novembre 1843.)

VARIOLE (*De la transmission de la*) *pendant la grossesse.* Comment se comporte le virus variolique pendant la gestation quand il frappe et la mère et le produit de la conception? Pouvons-nous apprécier ce qui a lieu lorsque la mère, vaccinée ou non, est respectée, alors que le fœtus naît avec des traces évidentes d'une variole intra-utérine? Et d'autres fois, comment se fait-il que la mère soit gravement atteinte, tandis que le fœtus reste en dehors de la sphère d'activité du virus? Telles sont les questions que M. Barhctche a cherché à résoudre, mécontent des explications données jusqu'alors. Voici, sous forme de propositions, les opinions émises par ce praticien. Il admet que le virus vaccin ou variolique agit sur le sang et sur les solides du corps humain, mais qu'il est permis de douter de son action sur les produits des sécrétions; que le sang de la mère varioleuse est altéré, tandis qu'il ne peut l'être alors que, la mère se portant bien, le fœtus seul est frappé; qu'il peut se faire que le sang et les solides de la mère vaccinée résistent à l'agression du virus variolique, lequel, charrié par la circulation, va s'éteindre sur le fœtus; que le sang veineux, aboutissant reconnu de diverses circulations partielles, peut et doit recevoir tous les germes contagieux à titre de réservoir commun; mais il y a loin de ce fait à conclure qu'il est l'unique voie de transmission; de plus, n'y a-t-il pas deux espèces de sang? qu'il ne répugne point à la raison de revacciner les femmes enceintes pendant une épidémie de variole, ne serait-ce que dans l'espérance de substituer une vaccination fœtale à une variole intra-utérine toujours plus grave. (*Journ. de méd. de Bord.*, 1843.)

VARIÉTÉS.

Des droits de la discussion scientifique. — Dans le procès que M. Guérin a intenté à quelques représentants de la presse médicale et qui vient de recevoir sa solution devant les premiers juges, dans ce procès, disons-nous, une seule chose nous intéressait, c'était la question de principes soutenue par M. Malgaigne ; aussi pour nous tout le procès se résumait dans l'accusation portée contre cet honorable confrère. Il s'agissait, en effet, de savoir si des documents scientifiques livrés à la publicité pouvaient être recherchés dans leur réalité ; si l'on était punissable, après qu'un médecin a publié des résultats en opposition avec les idées généralement reçues, d'en rechercher la preuve en recherchant les faits ; si c'était un délit de dire que cette preuve était insuffisante et incomplète, disons plus, que cette preuve était absente.

A vrai dire, nous n'avons jamais pensé que la question ainsi posée pût recevoir une autre solution que celle qu'elle a reçue. C'eût été, selon nous, faire injure à la justice si éclairée de notre époque, de supposer qu'elle méconnaîtrait le grand et fécond principe de la liberté de la critique en matière de science. Aussi a-t-elle donné satisfaction complète à toutes nos espérances en renvoyant M. Malgaigne de la plainte sur tous les points. Elle a fait plus, elle a reconnu la légitimité du principe; et ce jugement sera indubitablement rectifié par la Cour royale, car M. Guérin a fait appel du jugement qui le condamne par le fait seul du renvoi de la plainte contre M. Malgaigne.

Nous nous rallions complétement aux principes développés dans un article du dernier numéro des *Archives de médecine*, auquel nous empruntons les lignes suivantes..... : « Je ne conteste pas, dit M. Guérin, à personne le droit de nier ma stastistique, mais il faut d'abord prouver qu'elle est fausse; je ne conteste pas le droit de nier mes guérisons, mais il faut prouver d'abord que ces guérisons n'existent pas. N'est-ce pas une singulière façon de comprendre les droits de la critique et la preuve en matière de science? C'est à celui qui annonce une découverte de prouver qu'elle existe, et non à la critique de prouver qu'elle est fausse. Si vous ne me donnez aucune preuve des faits que vous avancez, je les nie ; si vos preuves ne me semblent pas suffisantes, je les nie encore, et c'est mon droit. Où en serions-nous s'il nous fallait accepter tous les faits dont nous ne pouvons prouver la fausseté? »

... « Rétablissons donc un principe fondamental de la critique que M. Guérin a voulu renverser à son profit, c'est le droit de nier des faits dont on ne fournit pas la preuve. Ainsi a-t-on fait pour la statistique de M. Guérin. Les résultats de cette statistique étaient contraires à tout ce que nous avons occasion d'observer chaque jour ; M. Guérin ne citait aucune observation, aucune preuve des faits qu'il avançait, et l'on a nié la statistique ; et l'on a dit : « Ne vous fiez pas à un document qui semble sans valeur ; n'allez pas, sur la foi de ce document, pratiquer des opérations qui peuvent avoir les suites les plus funestes. » En parlant ainsi on a usé d'un droit et rempli un devoir.

Séance annuelle de l'Académie. — Distribution des prix. — C'est dans la Bibliothèque de la Faculté de médecine que l'Académie a trouvé un asile pour ses séances hebdomadaires, en attendant qu'elle puisse reprendre possession de son ancienne salle de la rue de Poitiers, que la munificence ministérielle lui fait, dit-on, arranger de la façon la plus confortable. L'exiguïté du local actuel se prêtait peu à la solen-

nité d'une séance publique. Aussi tout s'est borné à la proclamation des prix par le secrétaire annuel, M. Dubois d'Amiens. A la prochaine, inauguration de la nouvelle salle, M. Pariset, secrétaire perpétuel, lira un discours dans lequel il fera l'histoire de l'Académie, et M. Bousquet lira l'éloge de Bourdois de Lamothe, et celui de M. Double.

Le prix de l'Académie, qui était de 1,500 fr., a été donné à M. Valleix, et une mention honorable à M. Delasiauve. — *Le prix Portal*, qui était de 1,200 fr., n'a pas été donné; on a accordé un encouragement de 600 fr. à M. Baron (Charles), médecin à Paris. — *Le prix Civrieux* (2,000 fr.) a été décerné ainsi qu'il suit : Un prix de 1,000 fr. à M. Guitrac, médecin à Bordeaux; un encouragement de 600 fr. à M. Gaussail, médecin à Toulouse, et un encouragement de 400 fr. à M. Michéa, médecin à Paris.

— L'Académie de médecine a, dans la dernière séance, renouvelé son bureau pour 1844, de la manière suivante : M. Ferrus a été nommé président par 68 voix contre M. Roche 11; M. Caventou a été nommé vice-président par 66 voix contre M. Roche 30; M. Dubois, d'Amiens, a été réélu secrétaire annuel. Ont été nommés membres du conseil d'administration MM. Paul Dubois, Londe et Louis.

—*Liste des internes des hôpitaux de Paris qui viennent d'être nommés*. Le concours de l'internat vient d'être terminé. Les candidats étaient très-nombreux. Voici les noms par ordre de mérite des internes qui ont été nommés :

MM. 1. Racle (*prix*). 2. Saint-Clivier (*accessit*). 3. Colin (*mention honorable*). 4. Cancal (*mention honorable*). 5. Gabalda. 6. Willemin. 7. Satis. 8. Mercier de Sainte-Croix. 9. Rogier. 10. Davasse. 11. Duchassaing de Fonds-Bressin. 12. Legentil. 13. Robin. 14. D'Henrle. 15. Fourcau de Beauregard. 16. Bonnet. 17. Marais. 18. Lacour. 19. Bernard de Montessus. 20. Dumoulin. 21. Claude, dit Marcel. 22. Campbell. 23. Verneuil. 24. Marquis. 25. Juglar. 26. Bartoli. 27. Arnoult. 28. Degrusse. 29. Grapin. 30. Cucco. 31. Gillet.

Ont été nommés internes provisoires :

MM. 1. Gogué. 2. Joël. 3. Henrot. 4. Goudal. 5. Duchosal. 6. Delplanque. 7. Monnot. 8. Macquet. 9. Chapelle. 10. Guibout. 11. Bernard (Charles). 12. Muston. 13 Guérineau. 14. Boussi. 15. Lescun. 16. Cruveilhier. 17. Roaldès. 18. Beaussart. 19. Détrieux. 20. Féron. 21. Lunier. 22. Moulin. 23. Rat. 24. Robert. 25. Paléologne.

— La Société de médecine de Strasbourg a procédé au renouvellement de son bureau, qui se trouve ainsi composé pour 1844 : M. Forget, président; vice-présidents, MM. Th. Bœckel et Stolz; secrétaires, MM. Stœber et G. Tourdes; trésorier-archiviste, M. Oberlin.

— Les médecins du département du Bas-Rhin viennent de former une association pour la formation d'une caiss de prévoyance sur le modèle de l'association des médecins de Paris. C'est un exemple à suivre pour tous les départements où cette institution n'existe pas. Nous ne serons forts que lorsque l'isolement qui existe entre nous aura cessé.

— M. le docteur Polinière a été élu président de l'Académie royale des sciences, belles-lettres et arts de Lyon, pour l'année 1844.

— S. M. le roi de Sardaigne vient de conférer à M. le docteur Carron du Villards, le titre de chevalier de SS. Maurice et Lazare.

FIN DU TOME VINGT-CINQUIÈME.

TABLE DES MATIÈRES

DU VINGT-CINQUIÈME VOLUME.

A.

B.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

I.

J.

K.

L.

M.

N.

O.

P.

Q.

R.

S.

T.

Y.

FIN DE LA TABLE DU VINGT-CINQUIÈME VOLUME.

